



Ana Isabel da Silva Castro Forte

***BURNOUT*, INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E AUTO-ACTUALIZAÇÃO
EM ENFERMEIROS PSIQUIÁTRICOS**

**Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia
Ramo de Psicologia da Saúde**

Maio 2009

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***BURNOUT*, INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E AUTO-ACTUALIZAÇÃO
EM ENFERMEIROS PSIQUIÁTRICOS**

Ana Isabel da Silva Castro Forte

Maio 2009

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Ramo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

RESUMO

Este trabalho pretende conhecer as relações existentes entre o *Burnout*, a Inteligência Emocional, as Expectativas profissionais e a Auto-Actualização de enfermeiros psiquiátricos. Estes profissionais estão mais propensos a sentir *Burnout* e necessitam de usar a sua Inteligência Emocional, pois têm de cuidar de utentes com quadros psicopatológicos severos e em condições onde por vezes faltam recursos físicos e materiais. Muitas vezes, a rotina dos contextos psiquiátricos é uma realidade diferente da idealizada durante a aprendizagem académica, frustrando as suas expectativas. Precisam então de usar a sua Inteligência Emocional e as suas capacidades de Auto-Actualização para se adaptarem a estes contextos e evoluírem nos seus conhecimentos e competências e, conseqüentemente, prestarem melhores cuidados de saúde aos utentes.

O estudo empírico foi efectuado numa amostra de 65 enfermeiros que trabalham em hospitais psiquiátricos da região norte do país, alvo de um questionário anónimo e de auto-preenchimento. Os resultados indicaram níveis baixos de *Burnout*, níveis médios de Inteligência Emocional e de Expectativas e níveis relativamente elevados de Auto-Actualização. Metade da amostra encontra-se em situação de pluriemprego, existindo níveis elevados de realização pessoal e de satisfação laboral. Encontramos diferenças nos níveis de *Burnout* tendo em conta o sexo, grau de habilitações e existência de filhos. Os sujeitos com mais habilitações apresentam valores mais elevados de Auto-Actualização. Não encontramos associações entre variáveis sócio-demográficas e Inteligência Emocional. Verificamos que o *Burnout* se correlaciona positivamente com sintomas de stress e negativamente com a Auto-Actualização, expectativas e satisfação profissional. Não encontramos correlações significativas entre *Burnout* e Inteligência Emocional, existindo contudo correlações positivas entre Inteligência Emocional e Auto-Actualização.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros psiquiátricos, *Burnout*, Inteligência Emocional, Auto-Actualização, Expectativas, Sintomas de stress.

ABSTRACT

This study aims to understand the relations between *Burnout*, Emotional Intelligence, job's expectations and Self-Actualization in psychiatric nurses. These professionals are more disposed to *Burnout* due to the severeness of their patients' health conditions and to the lack of physical and material resources of psychiatric hospitals, having, as a result, to put in practice their emotional intelligence. Moreover, the daily routine of these organizations seems to be far from that one idealized during the graduation. Being so, Emotional Intelligence and self-actualization skills are required to allow these professionals to adapt themselves to these contexts and to improve their knowledge and personal skills in order to be able to provide good services.

The empirical study collect data from a sample of 65 nurses who worked in four psychiatric hospitals located in the North of Portugal. They were asked to respond anonymously to a questionnaire. The data revealed low levels of *Burnout*, fair levels of Emotional Intelligence and of job's expectations and slightly high levels of Self-Actualization. Half of the sample holds more than one job and presents high levels of job satisfaction and personal accomplishment. We have found differences in *Burnout* levels that are related with gender, graduation and the existence of childrems. The data suggests that higher graduations are related to higher levels of Self-Actualization. We have not found relation between demographic variables and Emotional Intelligence. However, we found a positive correlation between *Burnout* and stress symptoms and a negative one between *Burnout*, Self Actualization, expectations and job satisfaction. Finally, we could not find positive significant correlations between *Burnout* and Emotional Intelligence but we could find positive correlations between Emotional Intelligence and Self Actualization.

KEY-WORDS: Psychiatric nurses, *Burnout*, Emotional Intelligence, Self-Actualization, Expectations, Stress symptoms.

RÉSUMÉ

Cet travail prétend connaître les relations existantes entre le *Burnout*, l'Intelligence Émotionnelle, les Expectatives professionnelles et l'Auto-Actualisation des infirmiers psychiatriques. Ces professionnels sont plus inclinés à sentir *Burnout* et ils ont besoin d'utiliser leur Intelligence Émotionnelle, puisqu'ils doivent soigner des clients avec de cadres psychopathologiques sévères et en de conditions où manquent parfois des ressources physiques et matérielles. Très souvent, la routine des contextes psychiques est une réalité différente de celle idéalisée pendant l'apprentissage académique, frustrant leurs expectatives. Ils ont besoin, alors d'utiliser leur Intelligence Émotionnelle et leurs capacités d'Auto-Actualisation pour s'adapter à ces contextes et évoluer dans leurs connaissances et compétences et, par conséquent, rendre de meilleurs soins aux patients.

L'étude empirique a été effectuée sur un échantillon de 65 infirmiers qui travaillent en des hôpitaux psychiatriques de la Région nord du pays, objet d'un questionnaire anonyme et d'auto-remplissage. Les résultats ont montré de bas niveaux de *Burnout*, des niveaux moyens d'Intelligence Émotionnelle et d'Expectatives et des niveaux relativement élevés d'Auto-Actualisation. La moitié de l'échantillon se trouve en situation de cumul d'emploi, en existant des niveaux élevés de réalisation personnelle et de satisfaction de travail. On trouve des différences dans aux niveaux de *Burnout* par rapport au sexe, aux qualifications académiques et nombre d'enfants. Les sujets avec plus de qualifications, présentent des valeurs plus élevés d'Auto-Actualisation. On ne trouve pas d'associations entre variables socio-démographiques et Intelligence Émotionnelle. On vérifie que le *Burnout* a une relation positive avec de symptômes de stress et négative avec l'Auto-Actualisation, les expectatives et la satisfaction professionnelle. On ne trouve pas de corrélations significatives entre *Burnout* et Intelligence Émotionnelle. Il existe, néanmoins des corrélations positives entre Intelligence Émotionnelle et Auto-Actualisation.

MOTS-CLÉS: Infirmiers psychiatriques, *Burnout*, Intelligence Émotionnelle, Auto-Actualisation, Expectatives, Symptômes de stress.

AGRADECIMENTOS

À Professora Cristina Queirós, por ser um exemplo de docência, profissionalismo e dedicação aos alunos. Pela disponibilidade, acessibilidade e, sobretudo, pelo “recarregar de baterias” em reuniões, telefonemas e e-mails que desenvolviam em mim a vontade de querer fazer mais e melhor. Por acreditar que seria possível.

Aos enfermeiros psiquiátricos por terem acedido ao meu pedido, disponibilizado o seu tempo e respondido ao questionário, permitindo-me recolher dados sem os quais este trabalho seria inviável...

Aos meus pais, pela compreensão das minhas “ausências” e dedicação a este e a todos os meus projectos... Pelas ofertas diárias de ajuda e por me terem ensinado o valor da solidariedade!

À Patrícia, pela ajuda em todas as etapas deste trabalho e pelo ânimo e palavras de carinho nos momentos mais difíceis... Por ter sido uma amiga incansável e com uma disponibilidade inesgotável.

À Rita, pela partilha de angústias semelhantes, pela companhia (ainda que à distância) no percorrer desta etapa...pela alegria de partilhar neste momento a concretização de mais um dos nossos projectos.

A todos os meus amigos, entre os quais a minha equipa de trabalho no Colégio São Caetano, pela preocupação, palavras de alento e por todos os pequenos gestos que contribuíram para que este projecto pudesse ser realizado...

A todos os que de alguma forma colaboraram comigo, ainda que de forma pouco visível do exterior, mas que ajudaram a tornar este trabalho possível.

Aqui está o produto final, que não é meu... é nosso!

ÍNDICE

Introdução	3
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	7
1. Burnout.....	8
1.1. Conceptualização do constructo.....	8
1.2. Modelos explicativos de <i>Burnout</i>	12
1.3. Estudos empíricos sobre a relação entre <i>Burnout</i> e características sociodemográficas e situacionais.....	16
2. <i>Burnout</i> e conceitos associados.....	17
2.1. Inteligência Emocional.....	18
2.2. Auto-Actualização.....	22
2.3. Expectativas.....	25
Capítulo II – Estudo empírico.....	28
1. Metodologia.....	29
1.1. Instrumentos	29
1.2. Procedimentos de recolha e análise de dados	32
1.3. Caracterização da amostra.....	32
2. Apresentação dos resultados	35
3. Discussão dos resultados.....	49
Conclusões	55
Bibliografia	59
Anexo: Apresentação do questionário.....	65

Índice de quadros

Quadro 1.	Taxionomia das abordagens teóricas de <i>Burnout</i> segundo Marques Pinto & Chambel (2008)	13
Quadro 2.	Valores de Alfa de Cronbach para a Escala de Inteligência Emocional, adaptada para Enfermeiros	30
Quadro 3.	Valores de Alfa de Cronbach para a Escala de Auto-Actualização	30
Quadro 4.	Valores de Alfa de Cronbach para a Escala Expectativas	31
Quadro 5.	Valores de Alfa de Cronbach para o Inventário de sintomas comportamentais e físicos do stress	31
Quadro 6.	Valores de Alfa de Cronbach para o Maslach <i>Burnout</i> Inventory	31
Quadro 7.	Distribuição da amostra por idade, tempo de exercício de profissão e horas de trabalho semanal.	34
Quadro 8.	Distribuição da amostra pelas dificuldades no desempenho das funções (N e %)	34
Quadro 9.	Distribuição da amostra quanto a hábitos de consumo de medicamentos, álcool e drogas (N e %).	34
Quadro 10.	Distribuição da amostra quanto a relacionamentos conflituosos.	35
Quadro 11.	Resultados das dimensões estudadas na amostra total	37
Quadro 12.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função do sexo	39
Quadro 13.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função do estado civil	40
Quadro 14.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função de ter filhos	41
Quadro 15.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função do pluriemprego	42
Quadro 16.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função das habilitações	43
Quadro 17.	Comparação das médias (e desvio padrão) em função da vontade de mudar de instituição	44
Quadro 18.	Correlacionais entre variáveis demográficas e as dimensões estudadas	45
Quadro 19.	Correlações entre a Inteligência Emocional e as restantes variáveis	47
Quadro 20.	Correlações entre <i>Burnout</i> e as restantes variáveis	48
Quadro 21.	Correlações internas da Auto-Actualização	49

INTRODUÇÃO

A experiência de estágio curricular num Hospital Psiquiátrico e o interesse pessoal pela influência da ergonomia dos postos de trabalho e pela configuração das organizações na resposta ao nível dos cuidados de saúde, constituíram importantes incentivos na escolha do tema desta investigação. De facto, o contacto diário com a realidade da institucionalização psiquiátrica e com enfermeiros que desempenhavam no seu quotidiano diferentes tarefas em ambientes laborais caracterizados pela instabilidade da diversidade de quadros psiquiátricos, inadequação de condições físicas e escassez de recursos humanos técnicos, levou-nos a reflectir acerca das repercussões que tais condicionantes poderiam ter na qualidade dos serviços prestados. Será que as medidas políticas e sociais têm respeitado os limites e dignidade das Pessoas (utentes e profissionais) enquadradas nos contextos psiquiátricos, ou por outro lado, têm imposto um modo de funcionamento organizacional mecanicista que pouco tem em conta as necessidades e pressões que, diariamente, se fazem sentir nestas instituições? Conseguirão as instituições psiquiátricas ser solo fértil para a construção de relações terapêuticas e atender os utentes de uma forma humanizada? Poderão profissionais psiquiátricos e utentes conseguir ver as suas necessidades emocionais satisfeitas em ambientes pautados por tais adversidades?

Com base nestas questões e numa tentativa de contribuir para a sua resposta, o nosso trabalho tem, então, como **objecto de investigação** o *Burnout*, a Inteligência Emocional e a Auto-Actualização em enfermeiros psiquiátricos. A escolha da amostra deve-se ao facto de esta população desempenhar um trabalho que, dadas as suas características, a poderá tornar mais propensa ao *Burnout* comparativamente com profissionais de outras áreas de prestação de cuidados de saúde e com a classe dos enfermeiros no geral. Para além dos motivos que se relacionam com as características desta classe, o ambiente laboral na área da prestação de cuidados de saúde psiquiátricos é caracterizado pela interacção continuada com utentes com quadros psicopatológicos severos e com condições pautadas por défices de recursos físicos e materiais. Ou seja, uma constelação de factores adversos onde a Inteligência Emocional do profissional poderá constituir-se como um aspecto importante para a gestão das diversas exigências com as quais se deparam diariamente estes profissionais. Assim, optamos também por estudar a relação que as expectativas dos enfermeiros psiquiátricos poderão estabelecer com o *Burnout*, uma vez que, na maioria das vezes, a rotina dos contextos psiquiátricos parece traduzir-se numa realidade bastante díspar face à realidade laboral idealizada durante a aprendizagem académica. Por último, a escolha do estudo da relação entre o *Burnout* e a Auto-Actualização prende-se, por um lado, com a escassez de estudos que explorem esta

associação, e, por outro lado, com a relevância assumida pela tendência do indivíduo em evoluir permanentemente nos seus conhecimentos e competências e, consequentemente, aperfeiçoar a sua performance laboral.

O presente trabalho apresenta como **objectivo** conhecer, ainda que de forma exploratória, as relações existentes entre o *Burnout*, a Inteligência Emocional, as Expectativas profissionais e a Auto-Actualização de uma amostra de enfermeiros psiquiátricos. De forma a alcançar esta meta, o trabalho estrutura-se em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico começamos por efectuar algumas considerações gerais acerca do *Burnout* e dos restantes constructos associados, de forma a possibilitar um enquadramento que nos ajude no momento da confrontação com os resultados obtidos. O estudo empírico consiste na descrição da metodologia e na apresentação e interpretação dos resultados obtidos junto de uma amostra de 65 enfermeiros psiquiátricos, alvo de um questionário anónimo e de auto-preenchimento. Terminamos o trabalho com a apresentação de algumas conclusões, bem como da bibliografia e do questionário que construímos para este estudo.

Com o intuito de compreender de que maneira o contexto laboral poderá influir nos seus trabalhadores, torna-se interessante estudar a exaustão dos enfermeiros que se dedicam a cuidar dos doentes psiquiátricos, termo este que será desenvolvido numa breve exploração introdutória acerca da prática da enfermagem psiquiátrica e da realidade com que o enfermeiro psiquiátrico se depara. Os Enfermeiros, segundo a Classificação Nacional de Profissões, “aplicam conceitos e princípios da medicina, no que respeita à administração dos cuidados requeridos por doentes do foro físico e mental” (Classificação Nacional de Profissões, s/d,). Em Portugal, o profissional de enfermagem pode especializar a sua área de saber nas seguintes domínios: médico-cirúrgico, reabilitação, saúde pública, saúde materna e obstetrícia, saúde infantil e pediátrica, saúde mental e psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, s/d,). Dada a relevância desta última área de especialização para a presente investigação, é relevante mencionar que cabe ao enfermeiro psiquiátrico: “Programar, executar e avaliar cuidados especializados de enfermagem, quer no âmbito do tratamento, quer no da educação para a saúde, a prestar a nível individual, familiar e comunitário: prestar cuidados em situações de urgência; participar em grupos terapêuticos, de acordo com as várias correntes de saúde mental e psiquiátrica; orientar outros enfermeiros na prestação de cuidados da sua área de especialidade; participar, em equipas multidisciplinares e outras, na análise e estudo de problemas de saúde, nomeadamente no estudo da situação sanitária da população portuguesa e na determinação das necessidades em cuidados especializados, bem como na definição de indicadores de saúde e na melhoria

do nível de saúde, na área da saúde mental e psiquiátrica” (Classificação Nacional de Profissões, s/d).

Assim, tendo em conta as inúmeras funções que lhes são atribuídas nos diversos contextos onde poderão aplicar os seus conhecimentos e desempenhar as suas competências, os profissionais de enfermagem psiquiátrica constituem uma classe profissional onde a polivalência e a flexibilidade associadas a outras capacidades de realização de tarefas de natureza clínica se tornam questões imperativas no desempenho de uma prestação de serviços de qualidade.

O estudo da história da evolução da enfermagem psiquiátrica permite-nos um enquadramento mais aprofundado desta profissão e das dificuldades com que estes profissionais se deparam na actualidade. Olhando para o passado, a assistência aos doentes mentais esteve, desde sempre, dependente do contexto social, económico e político vigente. Deste modo, os cuidados de enfermagem e a evolução técnica, científica e humana deste ramo da ciência, estiveram sempre determinados pelas necessidades contemporâneas. Até ao XIX, a prática da enfermagem era exercida por indivíduos do sexo feminino e, na grande maioria das vezes, estava associada a obras desenvolvidas por ordens religiosas. Ainda que o curso de enfermagem existisse desde 1881 em Portugal, apenas em 1967 são criadas três escolas de Enfermagem Psiquiátrica nos grandes centros urbanos: Porto, Lisboa e Coimbra, sendo que só a de Lisboa chegaria a funcionar como centro de ensino (Castro e Silva, 2008). Após algumas alterações nas disposições legais, só em 1973 surge o 1º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Botelho, 2004, *in* Castro e Silva, 2008). A constituição deste curso de especialização impôs-se como um importante marco em termos de adaptação e inovação das metodologias relacionadas com o ensino nesta área e com as práticas desenvolvidas (Castro e Silva, 2008).

Rodrigues e Schneider (1999) sublinham também que a mudança de visão acerca do doente mental acarretou uma alteração da visão da enfermagem psiquiátrica. Se, num primeiro momento, era avaliada como uma profissão “menor” pois dedicava-se aos alienados e excluídos da sociedade, actualmente, é percepcionada como uma ocupação laboral altamente exigente dadas as especificidades e desafios apresentados pelos utentes. A mudança que foi pouco a pouco acontecendo, permite-nos reflectir na mudança do enfoque no paradigma físico/biológico para uma maior centração na importância do carácter assistencial/humano no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros psiquiátricos. Inscreve-se, então, nesta lógica a importância da enfermagem enquanto ciência humana e do cuidar: “Cuidar, mais do que um comportamento inato, é um valor que determina a forma como

cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros” (Collière, 1989, *in* Neto, 2006, p.11).

Watson (2002, *in* Neto, 2006) pronuncia-se a propósito da enfermagem enfatizando que, enquanto ciência humana e do cuidar, é uma prática frágil, pois no seu desempenho diário estão implicados o envolvimento e compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro com aqueles a quem presta os seus serviços. É, por isso, imperativo compreender o papel fulcral que o enfermeiro desempenha, não só no que respeita aos cuidados de saúde básicos ao utente, mas, sobretudo, no relacionamento interpessoal que estabelece com eles. Esta relação adquire importância na medida em que contribui para a manutenção do seu bem-estar físico, e porque constitui um importante instrumento de intervenção enquanto relação terapêutica, preconizando uma abordagem holística do sujeito enfermo.

Tendo de uma forma geral contextualizado a actividade do enfermeiro psiquiátrico, avançamos agora para o enquadramento teórico do nosso trabalho.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo iremos abordar o *Burnout* enquanto fenómeno que condiciona a actividade profissional dos enfermeiros, começando por definir este conceito, para em seguida o relacionarmos com outros conceitos como a Inteligência Emocional, expectativas e auto-actualização.

1. *Burnout*

Tentaremos neste ponto do nosso trabalho enquadrar o fenómeno de *Burnout*, explorando a evolução do conceito ao longo do tempo e analisando as principais causas e consequências que lhe estão subjacentes. Destacaremos, ainda, alguns modelos explicativos, que, pelas suas particularidades, ajudam à compreensão do *Burnout* na relação que estabelece com as variáveis dependentes deste estudo. Finalizamos com a apresentação de alguns estudos encontrados na literatura sobre o *Burnout* em profissionais de ajuda, com especial enfoque nos enfermeiros psiquiátricos.

1.1. Conceptualização do constructo

O interesse pelo estudo do *Burnout* nasceu com o desenvolvimento da investigação acerca do stress ocupacional, do bem-estar e qualidade de vida laboral (Gil-Monte & Peiró, 1997). As mudanças sociais que foram ocorrendo ao longo dos tempos propiciaram a alteração da estrutura das organizações de trabalho, das características dos postos de trabalho individuais e das exigências requeridas aos seus funcionários. A crescente globalização e inovação tecnológica impõem diariamente não só à organização, mas também ao seu trabalhador, uma adaptação veloz e constante, de forma aos objectivos estabelecidos poderem ser concretizados. Assim, torna-se interessante estudar o *Burnout* enquanto resposta à exposição crónica a factores desencadeadores de stress laboral, especialmente nos profissionais que desempenham funções assistenciais, considerando o *Burnout* como “a doença da relação de ajuda” (Delbrouck, 2006, p.49).

A escolha da população de enfermeiros psiquiátricos neste estudo prende-se com o facto de dentro das profissões de ajuda ser uma profissão que apresenta mais risco comparativamente com a classe dos assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Sammur, 1997, *in* Levert, Lucas & Ortlepp, 2000).

A primeira tentativa de definição do conceito pertence a Freudenberg (1974) apresentando-o como um estado de exaustão decorrente da dedicação de energia e recursos a uma determinada causa. Descrevia este fenómeno dizendo que ele parecia ser uma crise de identidade, pois colocava em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional.

O aumento dos estudos relacionados com o stress levou a que o *Burnout* ocupasse, na década de 80, um lugar de destaque devido às contribuições do trabalho desenvolvido por Cristina Maslach e colaboradores. Estes autores apresentam-no como uma resposta desajustada a um stress emocional crónico, podendo o indivíduo revelar esgotamento físico e/ou psicológico, atitudes frias e despersonalizadas face aos colegas de trabalho e utentes, sentimento de incompetência e inadequação pessoal e profissional (Maslach & Jackson, 1981). Em 1997, esta tríade sintomática designava uma crise do indivíduo na sua relação com o trabalho desempenhado, e não propriamente uma crise com as pessoas com quem trabalha (Maslach & Leiter, 1997) deslocando a atenção do indivíduo para o papel da instituição e para as características do posto de trabalho ocupado, generalizando este síndrome a profissões que não apenas as de carácter assistencial.

Segundo Maslach e Leiter (1997) o *Burnout* é o resultado de uma resposta desajustada a um stress emocional crónico, composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Relativamente à exaustão emocional, esta é descrita como uma diminuição da energia emocional, uma descrença na realização dos projectos e desesperança acerca do futuro (Maslach & Leiter, 1997). É um esgotamento físico e/ou psicológico que o indivíduo exhibe, um decréscimo dos recursos existentes, descrito como um “não poder dar mais de si aos outros” (Alvaréz et al., 1993, *in* Queirós, 2005, p.28). A despersonalização é a dimensão que se apresenta mais afectada nas profissões que exigem uma maior sensibilidade e que estão relacionadas com a área da saúde (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Esta dimensão é central na compreensão do stress possivelmente emergente nas profissões que requerem a prestação de cuidados, uma vez que as outras duas podem surgir noutros quadros patológicos (Queirós, 2005). Esta dimensão relaciona-se com atitudes negativas e frias face aos colegas de trabalho e aos utentes e a uma diminuição do contacto social (Maslach & Leiter, 1997). A depreciação, o distanciamento e a atribuição frequente de responsabilidade aos outros, são as características que mais se inscrevem nesta dimensão (Queirós, 2005). Esta forma de actuar é explicada enquanto uma forma para gerir a desilusão (Maslach & Leiter, 1997) e aliviar a tensão experienciada (Alvaréz, 1993, *in* Queirós, 2005) acarretando contudo consequências profundas para o indivíduo, tais como: percepção desumanizada (Maslach & Leiter, 1997), comprometimento da adequação das suas respostas às exigências laborais (Scarfone, 1985 *in* Queirós, 2005) e diminuição do bem-estar pessoal (Maslach & Leiter, 1997). Por fim, a realização profissional (diminuída) traduz-se na vivência de sentimentos de ineficácia e desadequação associados a uma grande incapacidade para valorizar os aspectos positivos. Trata-se de uma total perda de confiança em si e nos outros (Maslach & Leiter, 1997). Alvaréz e colaboradores (1993, *in* Queirós, 2005, p.29) chamam a atenção

para o facto de esta incapacidade de resposta às situações estar muitas vezes mascarada, explicando o que designa de “sensação paradoxal de onipotência”, ou seja, perante a ameaça de se sentir incompetente, o profissional redobra os esforços no sentido de mostrar, aos que o observam, que o seu interesse e dedicação são inesgotáveis.

A maior incidência de *Burnout* parece relacionar-se com profissões de carácter assistencial (Maslach & Schaufeli, 1993; Pines & Aronson, 1981), pois as profissões de ajuda caracterizam-se, na grande maioria das vezes, por exigências relacionadas com as competências técnicas requeridas e outras relacionadas com as particularidades das populações com que se trabalha.

Analisando mais detalhadamente a população-alvo deste trabalho, pode verificar-se que as exigências técnicas requeridas aos enfermeiros psiquiátricos estão associadas à rigorosa execução de procedimentos de enfermagem, ou seja, à correcta administração de cuidados médicos que constitui o pôr em prática de um “know-how” que se apoia no saber académico e na sua permanente necessidade de actualização. As exigências relacionadas com as características da população psiquiátrica prendem-se com o trabalho diário junto de pessoas que apresentam diagnósticos pautados por sofrimento, cronicidade, agressividade e instabilidade emocional. Ora Maslach e Jackson (1981) mencionam que o trabalho com utentes em sofrimento poderá constituir uma importante fonte de stress e factor desencadeador de *Burnout*. Este factor poderá ser potenciado se os profissionais adoptarem posturas laborais com grande empenho pessoal no trabalho que desempenham (Freudenberger, 1974).

Maslach (1998) chama também a atenção para a descontinuidade entre o trabalhador e o trabalho. A este respeito, menciona que a *décalage* pode ocorrer em cinco áreas diferentes: sobrecarga de trabalho, controlo, recompensa, justiça e valores, e que esta assimetria poderá estar na causa do *Burnout*.

A investigação sobre o *Burnout* tem permitido sistematizar as suas inúmeras causas de diversas formas. Porém, devido às limitações de tamanho deste trabalho, não serão abordadas de forma exaustiva todas estas categorizações. Iremos centrar-nos apenas em duas, dando-se especial relevância à segunda: categorização de Gil-Monte & Peiró (1997) e categorização de Maslach e colaboradores (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Gil-Monte e Peiró (1997) mencionam que os antecedentes do *Burnout* parecem relacionar-se com factores provenientes do ambiente físico laboral e das características do posto de trabalho, do desempenho de papéis, relações interpessoais e carreira e de factores relacionados com as novas tecnologias e outros aspectos organizacionais. Por outro lado, Maslach e colaboradores (2001) sistematizam os antecedentes do *Burnout* dividindo-os em factores situacionais (características do trabalho, das ocupações e organizacionais) e factores

individuais (características demográficas e da personalidade e atitudes para com o trabalho). Como exemplos dos primeiros, e parecendo *a priori* mais relevantes para a população em estudo, podem considerar-se a sobrecarga de trabalho, conflitos e ambiguidade de papéis, falta de recursos de trabalho assim como de apoio por parte dos supervisores e colegas, pouca participação na tomada de decisão, desafios emocionais permanentes, violação de expectativas de justiça e equidade, e o estilo de autoridade exercido (Maslach et al., 2001). Associados aos factores individuais surgem variáveis que se relacionam com aspectos sócio-demográficos dos sujeitos trabalhadores tais como: género, idade, estado civil e escolaridade, locus de controlo externo, coping de evitamento em detrimento do coping centrado na resolução de problemas, baixa auto-estima, elevadas expectativas em relação ao trabalho (Maslach et al., 2001). A mais-valia desta sistematização centra-se na valorização dos aspectos relacionados com o sujeito no fenómeno do *Burnout*. De facto, apesar de não apresentar correlações consistentes, a literatura sugere que emergência do *Burnout* não depende apenas da cultura organizacional em que o sujeito se insere, mas é também influenciada pelas circunstâncias de vida e características do indivíduo (Maslach, 1998). Como já referimos, quando a interacção entre as condições em que se trabalha e as características da tarefa que se realiza ultrapassam as capacidades que o sujeito tem para lhes responder, podemos falar de stress no trabalho (Vaz-Serra, 1999). Cartwright e Cooper (1997) sistematizam as principais fontes de stress no trabalho em factores intrínsecos ao trabalho, papel na organização, relações no trabalho, evolução na carreira, clima e estrutura organizacional e pressões familiares acerca do trabalho.

Tal como o termo indica, *Burnout* refere-se ao estado de “estar queimado”, ou seja, estar de tal forma afectado que o desgaste do indivíduo se torna semelhante ao resultado do incendiar de algum objecto (Gil-Monte & Peiró, 1997). A imagem mental que resulta deste conceito parece levar-nos também a compreender a importância que esta combustão adquire no “exterior” do sujeito. Assim, os indivíduos que apresentam maiores níveis de *Burnout* serão aqueles que vêm a sua exaustão reflectida nos contactos e relações interpessoais que estabelecem com os outros e com o meio que os rodeia. Deve-se a Freunderberg (1975) uma das primeiras definições do síndrome de *Burnout* centrado nas suas consequências. Apresenta a problemática como uma constelação de sintomas médico-biológicos e psicossociais que se apresentam sobre diversas expressões e que traduzem a exposição do sujeito a tarefas laborais com elevado custo energético.

Tentando apresentar de uma forma clara as principais manifestações de *Burnout* e estando conscientes das inúmeras publicações que contemplam este ponto, propomos uma leitura apoiada na divisão dos factores a dois níveis: individual e organizacional (Oliveira, 2008). Assim, a nível individual destacam-se a sintomatologia física associada ao cansaço,

a percepção de ineficácia, desespero, desilusão e a diminuição de auto-estima (Pines & Aronson, 1981). Schaufeli e Enzman (1998) encontram mais de 100 sintomas associados a esta patologia, e, posteriormente, surge na literatura uma organização desta panóplia de sintomas em cinco áreas: afectiva, cognitiva, física, comportamental e motivacional (Schaufeli & Buunk, 2003). Por outro lado, a nível organizacional é frequente encontrar nos indivíduos com *Burnout* uma diminuição da qualidade da prestação de serviços, insatisfação laboral, altos níveis de absentismo, diminuição de interesse e dedicação e aumento de conflitos laborais com utentes colegas de trabalho e supervisores, e diminuição da qualidade de vida laboral (Maslach, 2006).

Apesar da quantidade de sistematizações sobre as consequências do *Burnout*, parece consensual a presença de cinco critérios: a existência de sintomatologia disfórica (exaustão, fadiga e depressão); existência de sintomatologia psíquica e comportamental; sintomatologia relacionada com episódios laborais; sintomatologia sem a precedência de perturbação psíquica em períodos anteriores; e diminuição da performance laboral no que respeita à qualidade e ao rendimento do serviço prestado (Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003).

Tendo em conta que iremos recolher dados de enfermeiros psiquiátricos, torna-se interessante mencionar o trabalho desenvolvido por Groch e Olsen (1994, *in* Correia, 1997) onde são metodizadas as manifestações do *Burnout* em profissionais de ajuda. Nestes indivíduos, o *Burnout* tenderia a apresentar-se através de manifestações físicas (fadiga, insónias e alterações de peso), comportamentais (perda de entusiasmo, afastamento dos colegas, atrasos no trabalho, maior alheamento), psicológicas (diminuição da auto-estima, sentimento de onipotência, pessimismo, culpa, depressão) e clínicas (hostilidade, precipitação no diagnóstico e cinismo face aos clientes).

Importa ainda referir, ainda que apenas com uma pequena referência, a sistematização proposta por Schaufeli e Enzmann (1998), na qual os autores analisam para a dimensão individual, interpessoal e organizacional, as manifestações afectivas, cognitivas, físicas, comportamentais e motivacionais do síndrome de *Burnout*.

Como podemos ver pelo até agora exposto, o *Burnout* é um fenómeno complexo, existindo diferentes autores que o estudam, o que implica existirem também diferentes modelos explicativos. Deles tentaremos dar uma ideia no ponto seguinte.

1.2. Modelos explicativos do *Burnout*

O desenvolvimento da literatura acerca do *Burnout* propiciou o aparecimento de inúmeros modelos explicativos acerca do fenómeno. Tendo em conta a impossibilidade de aprofundar todos os modelos que ao longo do tempo foram surgindo na literatura, optamos

por apresentar apenas os que consideramos mais importantes (Quadro 1), socorrendo-nos da sistematização efectuada por Marques Pinto & Chambel (2008, p.55).

Quadro 1. Taxionomia das abordagens teóricas de *Burnout* segundo Marques Pinto & Chambel (2008)

Tipos de Abordagem	Exemplos de modelos de <i>Burnout</i>	Perspectivas Adoptada sobre o <i>Burnout</i>
Individual	Modelo Edlwich & Brodsky	Desilusão progressiva
	Modelo de Meier	Expectativas desajustadas
	Modelo de Garden	Desequilíbrio funções conscientes/inconscientes
	Modelo de Hobfoll	Conservação de recursos
Interpessoal	Modelo de Maslach	Sobrecarga emocional na relação de ajuda
	Modelo de Harrison	Falta de competências sociais
	Modelo de Schaufeli	Falta de reciprocidade
Organizacional	Modelo de Cherniss	Choque de realidade
	Modelo de Golembiewski e colaboradores	Processo virulento
	Modelo de Maslach e Leiter	Desajuste pessoa/trabalho
	Modelo de Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli	Modelo das exigências e dos recursos
Societal	Modelo de Meyerson	Construção cultural e social
	Modelo de Karger	Alienação social
	Modelo de Handy	Desajuste funções manifestas/latentes das organizações
	Modelo de Saranson	Individualismo

Dos modelos apresentados o quadro anterior, iremos apenas aprofundar aqueles que parecem dar os maiores contributos para a compreensão da relação entre o *Burnout* e as variáveis que nos propomos estudar. Assim, as teorias que se inscrevem na abordagem individual debruçam-se sobre as variáveis e processos que dizem respeito a cada indivíduo, dedicando-se à compreensão do papel da motivação, das expectativas e dos recursos de coping na etiologia do *Burnout*. Dentro desta abordagem interessam-nos o modelo de Edlwick e Brodsky (1980) e o modelo de Meier (1983), pelo enfoque concedido ao papel das expectativas do trabalhador na emergência do *Burnout*. O modelo de Edlwick e Brodsky (1980, *in* Marques Pinto & Chambel, 2008, p.56) apresenta o fenómeno descrevendo-o como um “processo dinâmico de desilusão progressiva resultante do desajuste de expectativas iniciais dos profissionais de ajuda e a realidade nua e crua das suas vidas laborais”. Para os autores, o *Burnout* é um processo cumulativo de desilusões que decorrem do desajuste entre as expectativas iniciais de um profissional e a realidade laboral com que se depara (Marques Pinto & Chambel, 2008). A exaustão laboral instaura-se em 4 etapas

que ocorrem de forma cíclica. A primeira é caracterizada pelo idealismo, entusiasmo, hiperactividade, estabelecimento de expectativas irreais e uma tónica sentimental positiva. A segunda corresponde a uma estagnação e decréscimo das características da fase anterior. É frequentemente característico desta fase a existência de queixas psicossomáticas e cansaço físico. O momento seguinte é pautado pela instalação de sentimentos de frustração associados ao desgaste físico e emocional. Os indivíduos que se encontram na última fase deste modelo apresentam-se, segundo os autores, desmoralizados, desinteressados, indiferentes e com sentimentos de vazio (Queirós, 2005). A activação deste processo cíclico poderia dever-se à exposição a fontes de frustração tais como ausência de critérios de eficácia profissional, remunerações baixas e independentes de escolaridade, competência e responsabilidades, progressão na carreira associada a trabalho administrativo, afastamento do trabalho no terreno e sexismo (Marques Pinto & Chambel, 2008). O modelo de Meier (1983, *in* Marques-Pinto & Chambel, 2008) chama a atenção para o desequilíbrio entre as expectativas de reforço, de recompensa e de eficácia pessoal construídas pelo profissional na relação com a sua organização laboral. Queirós (2005) refere que, tendo como referência este modelo, o sujeito com elevados níveis de *Burnout* seria aquele que via as suas expectativas diminuídas no que diz respeito ao feedback positivo recebido e à percepção de competência pessoal. Por sua vez, as expectativas pessoais de punição no trabalho aumentavam significativamente. Estas modificações ao nível das expectativas do sujeito poderiam conduzi-lo a uma visão mais negativista de si e do seu trabalho e a uma diminuição da sua performance laboral (Parreira, 1998).

As teorias que defendem uma abordagem interpessoal dão primazia aos relacionamentos no contexto laboral, recaindo a literatura sobre as profissões de ajuda e sobre os relacionamentos assimétricos que estes profissionais estabelecem com os utentes. São disso exemplo o modelo apresentado por Maslach (Maslach, 1998, 2006; Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Schaufeli, 1993; Maslach et al., 1996, 2001), que já nos mereceu especial atenção no ponto dedicado à exploração do conceito de *Burnout* e da sua evolução ao longo do tempo. Este modelo apresenta a dimensão exaustão emocional intimamente ligada à dimensão despersonalização, surgindo como um relevante mediador entre os comportamentos de afastamento e os factores organizacionais (Queirós, 2005). Esta conceptualização teórica explica que as questões relacionadas com o ambiente laboral poderão conduzir à exaustão e despersonalização do profissional. O envolvimento nas tarefas a realizar terá um forte impacto na realização profissional que, embora não mediado pela exaustão, poderá ser agravado por este elemento.

Um outro modelo que se inscreve nesta lógica compreensiva de abordagem interpessoal deve-se a Schaufeli (2006; Schaufeli & Buunk, 1996, 2003, Schaufeli,

Dierendonck & Gorp, 1996), apontando como principais causas do *Burnout* os processos de intercâmbio social com os pacientes e os processos de afiliação e comparação com os seus companheiros de trabalho. O contexto relacional com os doentes apresenta três principais fontes de stress: a incerteza, a percepção de equidade e a ausência de controlo. Neste contexto, é natural que a incerteza se saliente, pois os profissionais de prestação de cuidados de saúde vivem, na maioria dos casos, com dúvidas relacionadas com o grau de envolvimento que deverão ter com os seus pacientes. É frequente que em contextos de saúde os profissionais vejam as suas expectativas de recompensa e equidade defraudadas devidos às condicionantes associadas às patologias dos doentes e à lentidão dos processos de recuperação, ou à ausência de melhorias. No que respeita aos processos de comparação social e afiliação, os autores referem que os profissionais de saúde procuram pouco suporte social em situações stressantes, tendo nestas situações tendência a afastarem-se dos colegas de forma a evitar críticas ou julgamentos de incompetência. Desta forma, para muitos, o suporte social é contraproducente em situações de tensão uma vez que pode afectar a auto-estima. Schaufeli e Buunk (2003) referem ainda que a necessidade pessoal de afiliação pode contribuir para o aparecimento da síndrome de exaustão e que a relação destas variáveis pessoais com o *Burnout* é mediada pela auto-estima, reactividade e orientação do relacionamento interpessoal do sujeito. Por último, consideram que o *Burnout* apresenta duas componentes: uma emocional e outra atitudinal. A primeira traduz-se na manifestação de sentimentos de esvaziamento enquanto reacção do stress. A segunda integra uma alteração da resposta pessoal de cada profissional face ao seu trabalho e aos seus doentes, contemplando a diminuição da realização profissional que poderá acarretar uma degradação da performance laboral.

Na abordagem organizacional as teorias sublinham que o aparecimento desta síndrome está intimamente relacionado com o ambiente organizacional. Analisando o fenómeno em duas perspectivas distintas, estas teorias tentam explicar o *Burnout* enquanto resultado de uma constelação de variáveis organizacionais e enquanto fenómeno que atinge não só o indivíduo, mas também a organização (Marques Pinto & Chambel, 2008). Inserido nesta abordagem, o modelo do processo de Cherniss (1980) apoiou-se num estudo realizado com sujeitos em início de carreira, sendo uma parte da amostra profissionais na área da saúde mental. Descreve o *Burnout* como um processo que se vai instalando ao longo do tempo enquanto resposta adaptativa progressiva aos factores stressores laborais. Segundo este modelo, o *Burnout* é resultado da interacção entre as características laborais e as expectativas e exigências individuais, podendo traduzir-se na alteração negativa de atitudes.

Por último, na abordagem societal, os modelos de compreensão do *Burnout* encaixam-se numa lógica sociológica enfatizando o papel dos determinantes objectivos e da natureza social e cultural (Marques-Pinto & Chambel, 2008).

1.3. Estudos empíricos sobre a relação entre *Burnout* e características sociodemográficas e situacionais

Depois de termos verificado que alguns modelos utilizam uma abordagem individual, pretendemos agora verificar-se em que medida o *Burnout* pode ser influenciado por factores individuais, situacionais e laborais. Explorando as relações existentes entre o *Burnout* e as variáveis sociodemográficas, no que se refere ao sexo, alguns estudos verificaram a existência de diferenças, apesar de pouco consistentes, no *Burnout* percebido. Assim, Dirkx (1991) e Golembiewski e colaboradores (1991) postulam que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de *Burnout*, enquanto os estudos de Cahon & Roney (*in* Parreira, 1998) apontam no sentido contrário. Explorando mais especificamente as subdimensões de *Burnout*, alguns estudos concluíram que os enfermeiros do sexo masculino apresentam maiores níveis de despersonalização comparativamente com os do sexo feminino (Gil-Monte, 2002; Gil Monte & Peiró, 1997; Oliveira & Prista-Guerra, 2004; Kilfedder, Power & Wells, 2001), sendo que este poderá estar mais associado à exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981). Apesar destes resultados, um estudo realizado com profissionais de Centros de Atendimento a Toxicodependentes apresenta os elementos do sexo masculino como aqueles que experienciam níveis de exaustão emocional mais elevados (Correia, 1999). O facto de os estudos encontrarem diferenças entre os sexos poderá ser compreendido tendo em conta a socialização de cada um dos sexos. A enfermagem relaciona-se com actividades, *a priori*, desempenhadas pelo sexo feminino, tais como “o cuidar” e “o educar”, enquanto o processo de socialização masculino direcciona-se para o desempenho de funções que valorizam mais a dureza e a indiferença emocional (Correia, 1999; Gil-Monte, 2002; Marques-Teixeira, 2002; Gil-Monte & Peiró, 1997). Contudo, os estudos desenvolvidos por Kilfedder e colaboradores (2001) e García (1991, *in* Gil-Monte & Peiró, 1997) não apresentam diferença entre sexos nos níveis de *Burnout*.

No que diz respeito à relação entre idade e *Burnout*, alguns estudos apontam para a existência de uma correlação negativa entre as duas variáveis, ou seja, sujeitos mais velhos parecem experienciar níveis mais baixos de *Burnout* (Correia, 1999; Curci, 1996; Gil-Monte & Peiró, 1997; Oliveira & Prista-Guerra, 2004). Relativamente às dimensões do *Burnout*, a despersonalização e o desempenho profissional parecem estar positivamente correlacionados com a idade, enquanto a exaustão emocional se correlaciona-se negativamente com a idade (Oliveira & Prista-Guerra, 2004). No que se refere ao estado

civil, Gil-Monte e Peiró (1997) referem que apesar de não ser evidente a relação, os casados têm mais suporte emocional, o que pode ajudar a diminuir os níveis de *Burnout* e até ajudar a preveni-lo.

Relativamente ao tempo de exercício de funções, indivíduos com menos de um ano de funções exercidas parecem apresentar níveis mais significativos de exaustão emocional, enquanto os indivíduos com mais de 10 anos de experiência, têm maiores níveis de despersonalização (Correia, 1999). Estes resultados não são apoiados pelos dados encontrados por Kilfedder e colaboradores (1997), onde a despersonalização está mais associada com os sujeitos que terminaram a sua graduação recentemente. No estudo de Oliveira & Prista-Guerra (2004) verificou-se uma correlação negativa do tempo de serviço com a Exaustão Emocional e uma correlação positiva com a Despersonalização e o Desempenho Profissional. Assim, o tempo de exercício de uma função poderá funcionar como um importante protector do sujeito, visto que o ajuda a criar defesas. Com o passar dos anos, a aprendizagem resultante de experiências de sucesso e de insucesso, orienta o comportamento do indivíduo e a sua tomada de decisão, tornando-a mais assertiva (Lee & Ashford, 1993, *in* Correia, 1997).

Relativamente ao horário laboral por turnos, verifica-se que os indivíduos cujo horário é fixo apresentam níveis de *Burnout* menores do que os que exercem funções em horários rotativos (McCranie et al., 1987, *in* Kilfedder et al., 2001). Verificou-se ainda que os indivíduos que trabalham por turnos apresentam uma menor realização profissional comparativamente com aqueles com horários fixos (Kilfedder et al., 2001).

Como pretendemos conhecer as relações que o *Burnout* poderá estabelecer com as variáveis escolhidas para este estudo, exploramos, seguidamente, os conceitos que lhes estão inerentes e que permitem a sua melhor compreensão.

2. *Burnout* e conceitos associados

Neste ponto serão abordados os constructos associados às variáveis estudadas nesta investigação. Assim, começaremos por analisar a Inteligência Emocional explorando o conceito, os principais modelos compreensivos e a relação desta variável com o *Burnout*. Seguidamente, analisaremos o conceito de Auto-Actualização. A escolha desta variável prende-se com o facto de ter vindo a ser pouco estudada na relação que poderá estabelecer com o *Burnout*. São, igualmente, apresentados alguns estudos que exploram essa relação. Por último, aborda-se o conceito de Expectativas fazendo uma breve menção à sua importância no enquadramento organizacional, discutindo as questões da equidade, reciprocidade e contrato psicológico com a organização, finalizando com a apresentação de alguns estudos encontrados na literatura subjacente ao *Burnout*.

2.1. Inteligência Emocional

O erro de Descartes torna-se agora claro para aqueles que continuam a debruçar-se sobre a questão dicotómica da razão e da emoção. Ultrapassados os tempos em que se julgava existir um hiato entre os dois, os estudos de Damásio (1995) confirmam que o conteúdo emocional influencia o raciocínio, adoptando uma posição frequentemente benéfica no que diz respeito ao processamento de informação de natureza social e interpessoal. Se assim o é, torna-se importante estudar em que medida as competências emocionais poderão ser determinantes no que concerne à optimização da performance no contexto laboral e no papel fulcral que poderão adquirir em postos de trabalho onde as relações interpessoais, nomeadamente as de prestação de cuidados de saúde, acontecem de forma ininterrupta constituindo a base de todas as restantes tarefas a desempenhar.

Humpel, Caputi, Martin (2001) reflectem acerca da importância do desenvolvimento das competências emocionais no recrutamento de enfermeiros psiquiátricos, mencionando que os profissionais desta área vêm acrescidos aos factores stressantes que partilham com os colegas de outras especialidades devido ao requisito de estabelecer relações interpessoais intensas com os seus utentes (Edwards et al., 2000, *in* Humpel et al., 2001) muitas caracterizadas por interacções violentas e agressivas (Dallender et al., 1999, *in* Humpel et al., 2001).

O estudo da Inteligência Emocional adquiriu o seu apogeu na década de 90, quando o foco do interesse da produção científica se direccionou dos aspectos meramente cognitivos para os não cognitivos. Apesar do termo Inteligência Emocional ter sido apenas cunhado por John Mayer e Peter Salovey e popularizado com Goleman, deve-se a Edward Thorndike os primeiros contributos nesta área (Mayer & Salovey, 2004). Este autor explorou a inteligência social, tendo reunido esforços para definir este conceito e operacionalizado de uma forma mais ou menos consistente, debruçando-se sobre o comportamento socialmente assertivo. Outros, como Weschler e Gardner, poderão ser mencionados como autores que deram o seu contributo para o desenvolvimento da investigação acerca da Inteligência Emocional. O primeiro incluiu no seu instrumento de medida de Inteligência escalas que se referiam a dimensões que não meramente cognitivas – escala de Compreensão e escala de Figuras, enquanto Gardner (1983, *in* Bar-On, 2001) chamou atenção para a existência de inteligência intrapessoal e interpessoal. Segundo este autor, na primeira inscreviam-se aspectos relacionados com as emoções, e na segunda factores de ordem social.

Actualmente, no estudo da Inteligência Emocional surgem três principais modelos, o Modelo de Mayer e Salovey (2004), o Modelo de Goleman (1997) e, por último o de Bar-On (2001, 2006, 2009).

O modelo de Mayer e Salovey (2004) apresenta a Inteligência Emocional como a capacidade de monitorizar e distinguir as próprias emoções e as dos outros e utilizá-las no pensamento e na acção. Estes autores conceptualizaram o seu modelo inicial, postulando a existência de três partes importantes: identificação e expressão de emoções, regulação de emoções e utilização da informação emocional enquanto directiva da acção e pensamento (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2001). Este modelo foi reformulado posteriormente (Lyusin, 2006), uma vez que os autores verificaram que não enfatizava adequadamente o processamento de informação emocional e o seu importante papel. O modelo reformulado (Mayer, Salovey & Caruso, 2004) menciona quatro componentes determinantes da Inteligência Emocional: identificação de emoções, uso de emoções para assegurar a eficácia do pensamento e da acção, compreensão das emoções e gestão das emoções. Por outro lado, Goleman (2003, p.54) apresenta em 1995 a primeira definição de Inteligência Emocional como "a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuguue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança". Mais tarde, reformula a sua definição, realçando que a Inteligência Emocional é "a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações" (Goleman, 2000, *in* Vilela, 2006). Divide a Inteligência Emocional em dois grandes domínios: competências pessoais e competências sociais. As primeiras dizem respeito à forma como nos gerimos, e as restantes, a competências que são importantes na forma como lidamos com as relações. Assim, dentro das competências pessoais inscrevem-se a autoconsciência (conhecimento dos estados internos, gostos, recursos disponíveis e intuições), a gestão de emoções (gestão dos estados internos, dos impulsos) e a automotivação (tendências emocionais que funcionam como directrizes no cumprimento de objectivos). As competências sociais compreendem a empatia (consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações nos outros) e a gestão de relacionamentos em grupos (capacidade de induzir respostas nos outros). As diferenças entre as duas perspectivas apresentadas relacionam-se com a conceptualização mais ou menos cognitiva de cada uma das correntes. Enquanto Mayer e Salovey se interessaram pelos aspectos não cognitivos subjacentes à Inteligência Emocional, Goleman foca-se na noção de competência emocional que, na sua opinião, seria composta por competências emocionais e sociais, traduzindo o potencial do indivíduo nas capacidades laborais (Vilela, 2006). A este respeito, Salovey, Mayer e Caruso (2004, *in* Vilela, 2006) vão ao encontro do que foi anteriormente mencionado, dizendo que a Inteligência Emocional poderá ser preditora do sucesso do indivíduo aos níveis pessoal, familiar e profissional.

Por fim, Bar-On (2001, 2006, 2009) apresenta um modelo no qual pretende introduzir o conceito de Inteligência Emocional-Social. Para este autor, a Inteligência Emocional-social é “um conjunto interrelacionado de competências emocionais, sociais, skills e facilitadores que determinam o quão eficiente é a nossa compreensão do Eu e dos outros, a nossa capacidade de expressão e relacionamento e a eficácia com que lidamos com as exigências do dia-a-dia” (Bar-On, 2006, p.13). As competências emocionais e sociais, os skills e os facilitadores incluem-se em 5 dimensões chave: a Intrapessoal (self-regard, autoconsciência emocional, assertividade, independência e Auto-Atualização); a Interpessoal (empatia, responsabilidade social e relacionamentos interpessoais); Gestão do Stress (tolerância ao stress, controlo de impulsos); Adaptabilidade (teste de realidade, flexibilidade e resolução de problemas); Humor Geral (optimismo e felicidade). Assim, de uma maneira geral, os sujeitos dotados de Inteligência Emocional e social são aqueles que se compreendem e exprimem eficazmente, que compreendem os outros e se relacionam com eles positivamente, e que lidam adequadamente com as exigências diárias, os desafios que surgem e os momentos de pressão. Neste modelo é enfatizado o papel atribuído à percepção do sujeito acerca das suas forças e fraquezas, e à capacidade de compreender as emoções, sentimentos e necessidades do outro, de modo a que possam ser estabelecidas relações mútuas de cooperação que satisfaçam ambas as partes. Por último, Bar-On (2006, 2009) associa a Inteligência Emocional-Social à capacidade lidar com as alterações pessoais, sociais e ambientais procurando soluções e tomando decisões flexíveis e adaptadas às características de cada circunstância.

A Inteligência Emocional assume, então, um papel não só determinante ao nível pessoal do indivíduo, mas otimiza em grande medida a sua performance laboral. Assim, o estudo deste constructo adquire especial importância na classe dos enfermeiros, na medida em que as funções por eles desempenhadas assentam na prestação de cuidados a doentes, implicando não só o desempenho de funções técnicas, como também o desenvolvimento de aptidões clínicas e de cuidados, e o estabelecimento de relações assertivas com os seus pacientes e colegas (Halldorsdottir, 1996, *in* Vilela, 2006). Nos enfermeiros psiquiátricos, as competências emocionais tornam-se cruciais no desempenho laboral. Tendo em conta a imprevisibilidade de situações diárias, estes técnicos orientam o seu comportamento para a resolução de problemas de forma adequada e flexível. Paralelamente, estas competências estão intimamente ligadas com a empatia, um conceito básico nas relações terapêuticas de ajuda (Reynolds & Scott, 2000, *in* Cadman, Brewer, 2001). Estes dois aspectos parecem tornar-se centrais do desempenho das tarefas de natureza clínica relacionadas com a enfermagem (Cadman & Brewer, 2001).

A pesquisa bibliográfica sobre a relação existente entre os níveis de *Burnout* e a Inteligência Emocional em profissionais de saúde mental permitiu concluir que existem poucos estudos que apresentem evidências acerca da sua correlação, especialmente ao nível da classe de enfermeiros psiquiátricos. Este facto levou a que não só se procedesse ao levantamento das poucas investigações que relacionam *Burnout* e Inteligência Emocional, mas também a um enfoque em áreas que estivessem relacionadas não directamente com estas duas variáveis, tais como Stress, Coping e a importância das emoções no contexto laboral, com o objectivo de aumentar a compreensão do tema. A importância do estudo desta relação prende-se com o facto da Inteligência Emocional ser um factor importante na interacção do profissional de saúde com os seus colegas e com o local de trabalho. Assim, comprovou-se que a Inteligência Emocional influencia a avaliação de tarefas stressantes (Lyons & Schneider, 2005), a percepção do stress ocupacional e pode prevenir as consequências negativas decorrentes dos episódios laborais (Bulik, 2005). Se a Inteligência Emocional é determinante ao longo deste processo, e o *Burnout* surge como uma resposta a uma experiência crónica stressante, torna-se interessante explorar as relações que daqui podem advir. Concomitantemente, a pesquisa realizada mostra que cada vez mais autores mencionam a necessidade de formação dos profissionais de saúde (especialmente da área de saúde mental) ao nível das suas competências emocionais, pois o desenvolvimento de competências emocionais parece trazer não só benefícios pessoais para o profissional, mas também para as relações terapêuticas que estabelece e para o seu desempenho profissional global (Akerjordet & Severinsson, 2004; Bulik, 2005; Cipriano, 2004).

A presença de uma correlação negativa entre *Burnout* e Inteligência Emocional nos enfermeiros psiquiátricos foi encontrada no estudo de Gerits, Derkensen e Verbugger (2004), apresentando resultados que confirmam não só a presença deste tipo de correlação, como corroboram também a correlação negativa entre Inteligência Emocional e Psicopatologia. Um outro estudo de Bulik (2005) acrescenta, no que concerne aos elementos do sexo masculino, que níveis baixos de *Burnout* parecem estar associados com competências de tolerância ao stress. Ainda no que respeita a investigações realizadas com a classe de enfermagem psiquiátrica, o estudo realizado por Akerjordet e Severinsson (2004) aponta para quatro grandes áreas associadas às emoções no contexto laboral de saúde mental: a relação com o doente, a qualidade da supervisão, a motivação e a responsabilidade. Referem ainda que a Inteligência Emocional estimula os enfermeiros a uma compreensão aprofundada da sua identidade profissional, devendo por isso ser mais explorada e investigada ao nível da saúde mental. A acrescentar a este estudo encontra-se um outro que verificou que as subdimensões do *Burnout* se mostraram estatisticamente

significativas na previsão da Inteligência Emocional em enfermeiros (Budnik, 2004). Cipriano (2004) apresenta um treino de competências emocionais com o intuito de prevenir o *Burnout* em profissionais que desempenham funções na área de prestação de serviços humanos. O autor conceptualiza a Inteligência Emocional como um conjunto de competências que permite ao profissional proteger-se das fontes de stress laborais e as suas consequências negativas. A Inteligência Emocional e o *Burnout* são apresentados como dois pólos de um mesmo *continuum*, sendo que, no primeiro, inscrever-se-iam sujeitos com uma adaptação de sucesso ao local de trabalho, e, no segundo, aqueles que apresentavam uma adaptação inadequada. Foram encontrados outros estudos que, apesar de não fazerem referência à associação do constructo de Inteligência Emocional global com a síndrome de *Burnout*, debruçam-se sobre aspectos que a compõem ou que estão, de alguma forma, com ela relacionados. Por exemplo, You, Lee e Lee (1998) expõem resultados que indicam que os sujeitos com maiores capacidades para gerir problemas emocionais experienciam menos *Burnout*. A inclusão deste estudo asiático nesta revisão bibliográfica é pertinente na medida em que ressalta a importância transcultural atribuída à investigação da relação entre as emoções e o *Burnout*.

Seguidamente, é explorado o conceito de Auto-Actualização. Este constructo surge associado à Inteligência Emocional na medida em que, segundo Bar-On (2001), existem estudos que comprovam que a Inteligência Emocional permite distinguir os mais e menos auto-actualizados. Acrescenta ainda que a Inteligência Emocional prediz, com maior rigor, a Auto-Actualização dos sujeitos, quando comparada com a Inteligência Cognitiva e que a Auto-Actualização também permite prever a qualidade da performance laboral, facto este que justifica a inclusão e exploração deste conceito no presente trabalho.

2.2. Auto-Actualização

O conceito de Auto-Actualização tem as suas raízes na corrente Humanista, sendo mencionado pela primeira vez por Kurt Goldstein (*in* Prista-Guerra, 1992). Mais tarde, na exposição da sua teoria Rogers (1980, *in* Prista-Guerra, 1992) acrescenta que a tendência auto-actualizante traduz uma passagem da dependência do sujeito para a autonomia, introduzindo posteriormente a noção de criatividade. Os estudos desenvolvidos por Maslow foram também um importante contributo para complementar o conhecimento acerca da tendência auto-actualizante (Prista-Guerra, 1992). Assim, a Auto-Actualização ocupa o topo da pirâmide hierárquica proposta pelo autor nos seus estudos acerca das “Necessidades Humanas Básicas”, apresentando-a como sinónimo de saúde mental (Prista-Guerra, 1992). As necessidades que se encontram nos níveis inferiores alcançariam o seu pleno potencial pela Auto-Actualização, sendo que esta implicaria uma supressão das que lhe precedem

(Martins, Cunha & Coelho, 2005). Prista-Guerra (1992) sistematiza as características da pessoa auto-actualizada apresentadas por Maslow em 1970, destacando: percepção correcta e real do mundo, aceitação do Eu, dos outros e do mundo tal como é, espontaneidade do comportamento e da vida interior, maior concentração nos problemas em detrimento do seu Eu, necessidade de privação e solidão e confiança nos recursos e potenciais pessoais, autonomia mostrando independência face às satisfações externas, originalidade e capacidade de apreciação das coisas simples e dos seres humanos e da natureza, capacidade para experimentar a profundidade mística, identificação com a espécie humana, capacidade de se envolver emocionalmente em profundidade, identificação com atitudes e valores democráticos, capacidade de diferenciação entre meios e fins, sentido de humor em relação à capacidade humana e não contra o indivíduo em particular, criatividade e resistência às pressões culturais. No que diz respeito à criatividade explorada por Rogers, Maslow (*in* Prista-Guerra, 1992) explica que a relação entre criatividade e Auto-Actualização deve ser cautelosamente interpretada, uma vez que podemos encontrar indivíduos criativos, mas não auto-actualizados, e outros auto-actualizados, porém pouco criativos devido à falta de *background* científico adquirido.

Paralelamente, o contributo de Agra (1990) na construção do modelo do sujeito autopoético, também poderá ajudar na compreensão da variável Auto-Actualização. Desta feita, Agra (1990) apresenta como objecto do saber biopsicossocial o ser humano enquanto sistema complexo e auto-organizado. Esta tendência do sistema para a auto-organização dá origem à designação *sujeito autopoético*, ou seja, o sujeito construtor de si mesmo, uma vez que procura o controlo do seu destino exercendo o poder e o saber que detém sobre si mesmo. Por conseguinte, compreender o sujeito à luz do modelo do sujeito autopoético, direcciona-nos para a necessidade do ser humano em, não satisfeito com a sua situação actual, procurar interferir no decurso da sua vida, introduzindo vivências e conhecimentos que poderão ajudá-lo a ser, ele próprio, o actor e director do teatro da sua vida. Agra (1990) refere que o sujeito autopoético se organiza em três eixos, que deverão ser cuidadosamente integrados de modo a que seja possível uma melhor compreensão do indivíduo. São eles o sistema da personalidade, o sistema da acção e o sistema da significação. Estes sistemas articulam-se de uma forma organizada, respeitando uma estratificação hierarquicamente definida com o objectivo de dirigir o ser humano para a autopoésis, ou seja a “dar um destino ao seu destino através de uma psico-autopoesis” (Agra, 1990, p.423). Esta auto-organização do sujeito rege-se pelo significado que este atribui à sua personalidade e ao seu comportamento, ocorrendo num primeiro nível tendo em conta apenas a sua personalidade, num segundo nível o sujeito e a sua acção e, num terceiro nível considerando a interpretação que o indivíduo faz de si mesmo e do seu comportamento.

A Auto-Actualização deverá, assim, ser entendida como a capacidade do sujeito para evoluir permanentemente na compreensão de si e do que o rodeia. É composta por quatro dimensões: Sentido de Vida, Vida Criativa, Orientação Interior e Dimensão Existencial (Prista-Guerra, 1992, 1994). O Sentido de Vida está relacionado com a existência de um objectivo/missão na vida da pessoa e com uma orientação que permita o seu cumprimento, dizendo respeito não só à satisfação pessoal, mas também ao altruísmo humano. A dimensão Vida Criativa pode ser descrita em termos da produção original que o sujeito realiza no seu dia-a-dia. É um elemento basilar na experiência de situações de crise uma vez que, perante a instabilidade, dota o sujeito de uma grande variedade de recursos disponíveis para a resolução dos seus problemas. A Orientação Interior visa a capacidade do indivíduo valorizar o seu julgamento, valores e ideias independentemente dos proferidos pelos outros. Enfatiza a supremacia da independência relativamente a referenciais culturais, sociais e interpessoais. Por último, a Dimensão Existencial diz respeito à aceitação da finitude da vida e da ansiedade da morte e, em última instância, da boa índole do Homem, integrando conceitos duais ao longo do seu percurso de vida. Foca aspectos relacionados com o equilíbrio, harmonia e liberdade da vivência e acção humana (Prista-Guerra, 1992, 1994).

Apesar de esperarmos que os profissionais de enfermagem psiquiátrica com maior nível de Auto-Actualização experienciem menos *Burnout*, não foi possível encontrar muitos estudos que fundamentem teoricamente a existência de uma relação entre o *Burnout* e a Auto-Actualização nos profissionais de saúde mental. Contudo, uma vez que a Auto-Actualização pressupõe a tendência para estar em permanente evolução nas suas potencialidades (Prista-Guerra, 1992), será de esperar que o profissional auto-actualizado demonstre uma maior capacidade para gerir as situações despoletadoras de stress e uma melhor adaptação ao ambiente de trabalho, manifestando menores níveis de *Burnout*. O estudo realizado por Oliveira e Prista Guerra (2004) acerca do *Burnout* em profissionais de saúde mental apresenta dados que corroboram a existência de uma correlação negativa entre *Burnout* e Auto-Actualização, nomeadamente com as dimensões Sentido de Vida, Vida Criativa e com a Dimensão Existencial. Existe uma correlação positiva (ainda que pouco expressiva) com a Orientação Interior. Não foram encontradas diferenças de género no que respeita à Auto-Actualização dos sujeitos. A Auto-Actualização também apareceu relacionada com a satisfação profissional dos enfermeiros psiquiátricos no trabalho desenvolvido por Mahoney (1999). Ao contrário do esperado, verificou-se a existência de uma correlação negativa entre Auto-Actualização e satisfação profissional.

2.3. Expectativas

O estudo das expectativas no aparecimento do *Burnout* é importante na medida em que poderá funcionar como uma variável mediadora do processo de desenvolvimento da síndrome de exaustão laboral. Brill (1984, *in* Schaufeli, Dierendonck & Gorp, 1996) relacionou os dois constructos, definindo o *Burnout* como um estado disfórico e disfuncional mediado pelas expectativas dos trabalhadores. Cherniss (1980, *in* Queirós, 2005) realça o facto de as características laborais interagirem com as expectativas do sujeito, podendo constituir esta articulação uma importante fonte de stress.

As teorias explicativas de *Burnout* da década de 90 sublinham a importância das trocas sociais na organização e do papel que poderiam adquirir no eclodir da síndrome de exaustão. Estes modelos preconizam a preponderância da natureza relacional e a contextualização deste fenómeno no encaixe social. Deles são exemplo a teoria do balanço esforço-recompensa (Siegrist, 1998, *in* Schaufeli, González-Romá, Peiró, Geurts & Tomás, 2005) e a teoria das exigências-controlo e suporte (Karasek & Theorell, 1990, *in* Schaufeli et al., 2005). Desta forma, o *Burnout* pode decorrer da percepção de falta de reciprocidade entre os investimentos do trabalhador e os resultados obtidos.

Apoiados na teoria da equidade de Adams (1965, *in* Schaufeli et al., 2005), os modelos sublinham que a percepção de reciprocidade adquire um papel central nas relações interpessoais dos trabalhadores, na dinâmica institucional e, consequentemente na sua saúde e bem-estar. Adams (1965, *in* Schaufeli et al., 2005) refere que os trabalhadores da instituição procuram a simetria na relação com a organização. Assim, colaboram com a organização contribuindo com competências técnicas, experiência profissional, tempo e esforço, e esperam receber em troca benefícios, tais como recompensas e incentivos salariais, perspectivas de ascensão na carreira e clima laboral de apoio proporcionais aos seus contributos. A percepção de equidade é, assim, o resultado da razão subjectiva entre os investimentos e os resultados obtidos do trabalhador, e da comparação social da situação laboral com outras. A construção das expectativas está associada a diversos aspectos relacionados com as características da função desempenhada, tais como carga de trabalho, apreço e dignidade profissional e o suporte social proporcionado pelos supervisores e colegas (Schaufeli et al., 1996; Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1998). A literatura consultada permitiu conhecer a existência de programas de intervenção psicológica que, sustentados na teoria da equidade, visavam intervir na reestruturação cognitiva das percepções de inequidade, tendo sido encontrados resultados que sublinham o papel da avaliação das trocas nas organizações (Walster, Berscheid & Walster, 1973 *in* Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1998). A reciprocidade surge, assim, apoiada num contrato psicológico entre o trabalhador e a sua instituição (Rousseau & Parkes, 1993, *in* Schaufeli et

al., 1996), num processo de troca social semelhante ao que os sujeitos estabelecem nos relacionamentos interpessoais noutras dimensões da sua vida. Este contrato psicológico assenta nas expectativas que o trabalhador tem acerca da natureza das trocas laborais. O desequilíbrio relacional e a percepção de stress laboral acontece quando os trabalhadores acreditam que os seus investimentos pessoais na dinâmica laboral não são recompensados da maneira que acreditam ser justa (Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1996). O padrão adoptado para termo de comparação apoia-se na comparação social real ou hipotética com os ganhos ou benefícios da outra parte do relacionamento (Schaufeli et al., 1996). Importa referir, contudo, que, no que respeita aos profissionais de ajuda, a relação estabelecida entre cuidador e doente é, à partida, pautada pela inequidade, uma vez que ao primeiro é esperado dar e ao segundo receber.

Parece estar demonstrado que quanto maiores as expectativas do profissional, maior o *Burnout* evidenciado. As expectativas relacionadas com o trabalho parecem influenciar determinantemente o risco emocional de *Burnout* no trabalhador (Garcia, 1990, in Queirós, 2005). Estudos sublinham o facto de o sentimento de inadequação do trabalho às expectativas do sujeito ser considerado um factor stressor mais importante, antecedido apenas pela falta de reconhecimento do trabalho realizado (Correia, 1997; Marques-Teixeira, 2002). Jimenez e Puente (1999, in Oliveira & Prista-Guerra, 2004) defendem que os sujeitos mais idealistas e entusiastas têm tendência a apresentar maiores expectativas relacionadas com o seu trabalho e uma maior probabilidade de *Burnout*. Oliveira e Prista-Guerra (2004) chamam a atenção para o facto do risco de *Burnout* aumentar não só na presença de características negativas de personalidade, tais como falta de assertividade, baixa auto-estima, dependência e ausência de expectativas, mas também perante características de personalidade positivas, sendo que as pessoas idealistas, entusiastas e com elevadas expectativas terão mais *Burnout*.

Um outro factor que pode estar na base da explicação de expectativas demasiado elevadas, relaciona-se com a profissão e com a cultura médicas, fortemente associadas à educação, forte desejo de cura, ambição, estrato social, falta de resiliência ao fracasso e ao perfeccionismo (Eisendrath & Dunkel, 1979, in Oliveira e Prista-Guerra, 2004). As expectativas também são referidas por Lamb (1979, in Melchior, Bours, Schmitz & Wittich, 1997), como um dos maiores factores de risco para o *Burnout* da classe de enfermagem psiquiátrica. O autor acrescentou que o trabalho realizado com populações doentes com características especiais (cronicidade, agressividade, etc.) poderá originar a formação de expectativas pouco realistas acerca da reabilitação destes doentes. Este facto, bem como a falta de reciprocidade na relação terapeuta-paciente, poderá conduzir ao nascimento de sentimentos de frustração do profissional de enfermagem. Cherniss (1980, in Oliveira &

Prista-Guerra, 2004) refere a propósito da relação entre as expectativas, tempo de função exercido e *Burnout*, que os sujeitos são mais vulneráveis ao *Burnout* nos primeiros dois anos de carreira, uma vez que existe uma grande discrepância entre as expectativas idealistas adquiridas no decurso da sua formação académica e as decorrentes das práticas do trabalho diário.

Também o tipo de personalidade parece ser um factor predisponente para o *Burnout*. A literatura indica a personalidade Tipo A como a mais predisposta ao aparecimento da síndrome de exaustão laboral. Os sujeitos com este tipo de personalidade são frequentemente muito activos, vivendo em constante sentido de urgência, pouco tolerantes, altamente competitivos, incapazes de descansar, ousados e tendentes a estabelecer objectivos pouco realistas (Queirós, 2005). Assim, o estabelecimento de metas poderá determinar as expectativas, tornando-as mais ou menos realistas, consoante a exequibilidade do objectivo. Marques-Teixeira (2002) refere que o estabelecimento de objectivos irrealistas leva a que o sujeito veja as suas expectativas não correspondidas e ao inevitável sentimento de inadequação e de fracasso, diminuição da auto-estima e à pouca realização profissional. O neuroticismo parece ser outra característica que mais frequentemente se encontra relacionada com o aparecimento de *Burnout* (Bakker, Van Der Zee & Dollard, 2006; Kilfedder et al., 2001; Vlerick, 2001). A personalidade neurótica caracteriza-se pela tendência para emoções negativas e stressantes, receio, irritabilidade, baixa auto-estima, ansiedade social, fraca inibição dos impulsos e sentimentos de desesperança. Estes indivíduos estabelecem, na grande maioria das vezes, objectivos irrealistas e avaliam negativamente a sua performance (Eysenck, 1947, in Bakker et al., 2006). Assim, o estabelecimento de objectivos dificilmente exequíveis poderá levar o sujeito a sentir que as suas expectativas não correspondem ao desejado, ocorrendo uma discrepância entre o idealizado e a realidade.

Terminado o enquadramento teórico do nosso estudo, avançamos para a componente empírica do nosso trabalho.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo será apresentada a descrição da metodologia utilizada na realização deste estudo empírico, seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

1. Metodologia

Debruçamo-nos no presente estudo sobre a síndrome de *Burnout* e sua relação com a Inteligência Emocional, a Auto-Actualização e as Expectativas dos enfermeiros psiquiátricos. Assim, temos como objectivo, o estudo exploratório das relações existentes entre o *Burnout*, a Inteligência Emocional, as Expectativas profissionais e a Auto-Actualização numa amostra de enfermeiros psiquiátricos. Colocamos as seguintes hipóteses:

- H1 - Existirão diferenças no *Burnout*, Inteligência Emocional, Auto-Actualização, Expectativas e sintomas físicos e comportamentais de stress em função do sexo, estado civil e existência de filhos, pluriemprego, habilitações literárias e intenção de mudar de instituição

- H2 - Existirá uma correlação negativa do *Burnout* com Inteligência Emocional, Auto-Actualização e Expectativas.

- H3 - Existirá uma correlação Positiva entre Inteligência Emocional, Auto-Actualização e ajustamento das Expectativas.

- H4 - Existirá uma correlação positiva entre *Burnout* e sintomatologia de stress.

Para atingirmos o objectivo proposto e verificarmos as hipóteses formuladas, efectuamos o estudo empírico cujos instrumentos e procedimentos descrevemos seguidamente, caracterizando depois a amostra de enfermeiros psiquiátricos inquiridos.

1.1. Instrumentos

Após a revisão bibliográfica realizada e para atingirmos o objectivo proposto, construímos um questionário a partir da compilação de outros instrumentos. Assim, o Grupo I consiste num questionário sócio-demográfico e de caracterização organizacional, cuja construção se baseou nos questionários sociodemográficos de Vilela (2006) e de Oliveira e Guerra (2004). Compreende um total de 10 questões que pretendem recolher informação acerca das características sociodemográficas dos participantes, de aspectos relativos à situação pessoal e laboral em que se encontram, satisfação com as funções desempenhadas e estilo de vida.

O Grupo II corresponde à segunda parte da Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional, adaptada para enfermeiros por Vilela (2006) e que visa abordar as percepções pessoais de cada sujeito relativamente à sua destreza em cada uma das

capacidades da Inteligência Emocional. Utilizamos 85 itens que contemplam, numa escala de Likert de 1-7 valores, os cinco grupos de capacidades da Inteligência Emocional (Capacidade de Autoconsciência, Gestão de Emoções, Auto-motivação, Empatia, Gestão de Relacionamento de Grupo). No que respeita aos valores de Alfa de Cronbach obtidos para este instrumento (Quadro 2) verificamos que o valor obtido para a Inteligência Emocional indica a existência de uma boa consistência interna, uma vez que os valores são superiores aos encontrados nos estudos de Domingues (2009) e Vilela (2006) e próximos dos apresentados no estudo de Branco (2005).

Quadro 2. Valores de Alfa de Cronbach para a Escala de Inteligência Emocional, adaptada para Enfermeiros

Dimensões Estudo	Total IE	Auto- Consciência	Gestão de Emoções	Auto- Motivação	Empatia	Gestão Relacionamento Grupo
Branco (2005)	0.59	0.70	0.80	0.78	0.86	0.88
Vilela (2006)	-	0,71	0,69	0,75	0,83	0,85
Domingues (2009)	0,84	0,36	0,65	0,68	0,79	0,84
Neste Estudo	0.93	0.74	0.75	0.78	0.90	0.86

O Grupo III é constituído pelos 33 itens da Escala de Auto-Actualização (1992), contemplando 4 sub-escalas: sentido de vida (9 itens), vida criativa (7 itens), orientação interior (10 itens) e dimensão existencial (7 itens). Os valores de fidedignidade encontrados neste estudo (Quadro 3) são semelhantes aos de Prista-Guerra (2002), com excepção da Dimensão Existencial, onde o nosso valor de Alfa é superior.

Quadro 3. Valores de Alfa de Cronbach para a Escala de Auto-Actualização

Dimensões Estudo	Total AA	Sentido de Vida	Vida Criativa	Orientação Interior	Dimensão Existencial
Oliveira & Prista-Guerra (2004)	-	-	-	-	-
Prista-Guerra (1992)	0.84	0.76	0.70	0.72	0.58
Neste Estudo	0.89	0.80	0.69	0.67	0.90

O Grupo IV corresponde ao Inventário de Expectativas. Este questionário foi construído por Oliveira e Guerra (2004), sendo constituído por 14 questões que visam medir as expectativas de cada profissional face a diferentes aspectos da sua vida profissional e identificar possíveis relações entre as expectativas dos profissionais de saúde e os seus níveis de *Burnout*. Ainda que este inventário tenha sido utilizado em profissionais de saúde mental, não dispomos de resultados comparativos no que respeita ao Alfa de Cronbach. (Quadro 4).

Quadro 4. Valores de Alfa de Cronbach para a Escala Expectativas

Estudos \ Dimensões	Expectativas Total
Oliveira & Prista-Guerra (2004)	-
Neste Estudo	0.89

O Grupo V compreende ao Inventário de sintomas comportamentais e físicos do stress, elaborado por Cartwright e Cooper (1997) com o objectivo de averiguar a presença de sintomatologia relacionada com o stress. Divide-se em duas partes: a primeira mais direccionada para a sintomatologia comportamental (12 itens) e a segunda para a ocorrência de sintomas físicos (14 itens). À semelhança do grupo anterior, ainda que o inventário tenha sido utilizado noutro estudo (Quadro 5), não existem valores de consistência interna para comparação.

Quadro 5. Valores de Alfa de Cronbach para o Inventário de sintomas comportamentais e físicos do stress

Estudos \ Dimensões	Stress Total	Sintomas Comportamentais	Sintomas Físicos
Oliveira & Prista-Guerra (2004)	-	-	-
Neste Estudo	0.87	0.84	0.78

O Grupo VI inclui o Questionário de *Burnout* Maslach *Burnout* Inventory - MBI, constituído por 22 itens que remetem para três subescalas (exaustão emocional, despersonalização e desempenho no trabalho) que dizem respeito às dimensões de *Burnout* avaliadas por Maslach e Jackson (1996). Utilizamos uma tradução portuguesa efectuada por Mendes (2005). Comparando os valores de Alfa de Cronbach deste com outros estudos (Quadro 6), verifica-se uma maior discrepância no que respeita à Despersonalização, sendo os restantes resultados semelhantes.

Quadro 6. Valores de Alfa de Cronbach para o Maslach *Burnout* Inventory

Estudos \ Dimensões	<i>Burnout</i> Total	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Maslach, Jackson & Leiter (1996)	-	0.90	0.79	0.71
Silva (2008)	0.75	0.84	0.31	0.60
Oliveira (2008)	-	0.84	0.70	0.80
Ferreira (2008)	0.78	0.84	0.36	0.70
Neste Estudo	0.87	0.81	0.60	0.77

A versão completa do instrumento foi utilizada num pré-teste, permitindo reformular algumas questões em função das dúvidas que surgiram. Apresentamos em anexo a versão definitiva do questionário.

1.2. Procedimentos de recolha e análise dos dados

Foi realizado um contacto prévio com os responsáveis das instituições de saúde mental com o objectivo de solicitar a autorização para a recolha de dados. A solicitação desta autorização constou de um pedido por escrito onde foram mencionados o objecto e objectivo de estudo e anexado o questionário a administrar aos profissionais em questão. Após obtida a autorização, os questionários foram entregues, ficando à responsabilidade de um elemento da instituição, cuja função foi a administração em envelope individual do questionário aos enfermeiros. Nas instruções iniciais do questionário foi explicado que a recolha de dados era voluntária e garantia a confidencialidade das respostas de cada profissional, uma vez que os questionários foram entregues em envelopes abertos individuais, permitindo assim que os participantes após o seu auto-preenchimento pudessem fecha-los e garantir o seu anonimato.

A análise dos resultados obtidos foi efectuada com recurso ao programa estatístico SPSS versão 15, analisando quer as médias globais de cada variável, quer as correlações ou as diferenças de médias aquando da comparação de grupos.

1.3. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é não probabilística recolhida por conveniência (Dommermuth, 1975 *in* Ribeiro, 1999), exploratória e voluntária, tendo em conta a facilidade de acesso do investigador às instituições e a localização geográfica destas.

Foram entregues aproximadamente 135 questionários a profissionais que desempenham funções em part-time/full-time em 4 instituições de Saúde Mental na região Norte do país. Do total de questionários entregues, só foi possível obter 75, o que corresponde a uma taxa de devolução de apenas 56%. Destes 75 questionários, 69 foram respondidos por enfermeiros e 6 por profissionais de outras áreas de saúde. A entrega do questionário a todos os profissionais de saúde que trabalhavam numa das quatro instituições que constituíam o espaço amostral, prendeu-se com o facto de um dos objectivos iniciais desta investigação ser a realização de um estudo longitudinal que pudesse comparar os resultados obtidos no passado com os actuais. Uma vez que, na referida instituição, só foram recolhidos 24 questionários não foi possível encontrar valores que nos permitam atingir o objectivo inicial. A elevada percentagem de sujeitos que não

responderam poderá estar relacionada com a extensão do questionário e com a frequência com que estas instituições e os seus profissionais são alvo de estudo, motivos estes que julgamos diminuir a motivação dos profissionais para a participação no estudo. Tendo em conta que 4 questionários preenchidos por enfermeiros se encontravam bastante incompletos, optámos por retirá-los da amostra final.

Assim, a amostra deste estudo é constituída por um conjunto de 65 enfermeiros psiquiátricos, onde 39% ($N=25$) pertencem ao sexo masculino e 61% ($N=39$) ao sexo feminino.

No que respeita ao estado civil, 36% ($N=23$) da amostra é constituída por sujeitos solteiros, 55% ($N=35$) casados e 9% ($N=6$) divorciados, separados ou viúvos. Mais de metade dos inquiridos, aproximadamente 55% ($N=35$), não têm filhos, contrastando com 45% ($N=29$) dos elementos que têm. Relativamente às habilitações literárias, 85% ($N=55$) dos sujeitos possuem licenciatura e 15% ($N=10$) bacharelato em enfermagem. Apenas 23% ($N=15$) da amostra desempenha cargos que se prendem com funções de chefia.

Relativamente ao tipo de vínculo laboral dos profissionais com a instituição, verificamos que 32% ($N=18$) dos sujeitos pertencem aos quadros da função pública, 25% ($N=14$) tem contrato a termo certo e 37% ($N=24$) trabalham em regime de contrato sem termo, ou seja, encontram-se efectivos nas suas instituições. A análise da situação laboral dos sujeitos permitiu verificar que metade da amostra, 50% ($N=30$), está em situação de pluriemprego, e os restantes 50% ($N=30$) desempenham funções de enfermagem noutros locais. Quando questionados com a área da saúde na qual trabalham, paralelamente à instituição psiquiátrica, estes profissionais demonstraram estar associados a diversas áreas, nomeadamente, entre outras, o Ensino, o Desporto, a Medicina Desportiva e a Ortopedia.

Os elementos desta amostra apresentam idades que variam entre os 22 e os 66 anos, destacando-se o facto de 51% dos inquiridos ($N=33$) terem idades compreendidas entre os 22 e os 33 anos de idade (Quadro 7). No que se refere ao número de anos de profissão, 52% ($N=33$) dos sujeitos exercem enfermagem num período inferior a 10 anos, o que, indo ao encontro dos valores relacionados com as idades dos sujeitos demonstra que a amostra deste estudo é bastante jovem. Tendo em conta as horas que trabalham na instituição psiquiátrica, a maior parte da amostra trabalha um período compreendido entre 6 a 8 horas diárias. O cálculo de horas semanais de trabalho permitiu concluir que 49% ($N=31$) da amostra trabalha por semana entre 18 e 36 horas e 51% ($N=32$) trabalha entre 40 e 75 horas semanais. Relativamente ao absentismo, 87% (52) dos sujeitos menciona que raramente falta ao trabalho, 5% ($N=3$) admite faltar 1 dia por mês e 8% ($N=5$) uma semana.

Quadro 7. Distribuição da amostra por idade, tempo de exercício de profissão e horas de trabalho semanal

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	65	22	66	36,31	11,433
Tempo de Exercício de Profissão	63	1	43	13,29	11,383
Horas de Trabalho Semanal	63	18	75	43,59	13,529

Quando questionados acerca da vontade de mudar de instituição laboral, 89% (N=56) dos sujeitos respondem negativamente, 11% (N=7) afirmativamente e 2 sujeitos não responderam. No que se refere ao grau de satisfação com o trabalho, 23% dos sujeitos (N=15) expressam-se pouco satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos e os restantes 77% (N=50) satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua situação profissional.

Relativamente às dificuldades sentidas (Quadro 8), a maior parte da amostra (58%) destaca o tempo dispendido na execução de tarefas burocráticas como a principal dificuldade com que se depara na execução das suas tarefas. Segue-se a insuficiência de recursos, sendo mencionado por 36% da amostra, a existência de recursos insuficientes e/ou desadequados (25%) e, por último, os constrangimentos que decorrem da necessidade de acumular funções (20%).

Quadro 8. Distribuição da amostra pelas dificuldades no desempenho das funções (N e %)

	Sim	Não	Omissos
Insuficiência de Recursos Físicos	23 (35.9%)	41 (64.1%)	1
Acumulação de funções	13 (20.3%)	51 (79.7%)	1
Recursos Materiais insuficientes e/ou desadequados	16 (25%)	48 (75%)	1
Dispêndio de tempo em tarefas burocráticas	37 57.8%	27 42.2%	1

No que diz respeito aos hábitos relacionados com o consumo de medicamentos, álcool e drogas (Quadro 9), verifica-se que a amostra não apresenta resultados que traduzam consumos problemáticos dessas substâncias.

Quadro 9. Distribuição da amostra quanto a hábitos de consumo de medicamentos, álcool e drogas (N e %)

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Todos os Dias	Omissos
Medicamentos	22 (34.4%)	28 (43.8%)	6 (9.4%)	8 (12.5%)	1
Álcool	32 (53.3%)	25 (41.7%)	2 (3.3%)	1 (1.7%)	5
Drogas	58 (100%)	0	0	0	7

Relativamente à existência de relacionamentos conflituosos com terceiros (Quadro 10), aproximadamente 80% da amostra refere nunca ou poucas vezes estar envolvida em conflitos com a família, amigos ou colegas de trabalho.

Quadro 10. Distribuição da amostra quanto a relacionamentos conflituosos

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas vezes	Omissos
Família	29 (46.0%)	24 (38.1%)	7 (11.1%)	3 (4.8%)	2
Amigos	27 (45%)	22 (36.7%)	9 (15.0%)	2 (3.3%)	5
Colegas de Trabalho	26 (41.3%)	28 (44.4%)	6 (9.5%)	3 (4.8%)	2

Tendo descrito a metodologia do estudo empírico, apresentamos seguidamente os dados obtidos.

2. Apresentação dos resultados

Iniciamos a apresentação dos resultados com a descrição das médias da amostra tendo em conta cada dimensão estudada (Quadro 11), a sua comparação com as médias obtidas pelos autores originais dos seus questionário e o local que se situam relativamente ao valor mínimo e máximo possível. Assim, o primeiro grupo de dimensões diz respeito à análise da Inteligência Emocional da amostra deste estudo. A média encontrada para o valor de Inteligência Emocional total poderá ser considerada moderada, uma vez que se situa ligeiramente abaixo do valor médio da amplitude dos resultados possíveis, e nenhum dos nossos sujeitos apresentou pontuações próximas do mínimo nem do máximo possível. Tendo em conta as dimensões da Inteligência Emocional avaliadas, as médias encontradas na nossa amostra para a Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos de grupo são moderadas. Destes itens, a dimensão de Empatia é aquela que apresenta um valor mais elevado (54.5) quando comparado com o valor máximo possível (84). Podemos concluir que a nossa amostra não apresenta valores nitidamente elevados de Inteligência Emocional, sendo a dimensão Empatia aquela que se destaca dentro das capacidades emocionais avaliadas. Estes resultados médios, ainda que ligeiramente abaixo dos encontrados por Vilela (2006), orientam-se igualmente no sentido positivo, ou seja, permitem constatar que os enfermeiros apresentam níveis de Inteligência Emocional moderados. O estudo de Mann e Cowburn (2005) também corrobora a inclinação destes resultados.

No que respeita aos valores médios de *Burnout* (Quadro 11), é baixo (29.72) uma vez que se encontra muito afastado do valor máximo possível (132). Estes resultados

parecem apontar no mesmo sentido dos encontrados noutros estudos acerca da incidência de *Burnout* em enfermeiros psiquiátricos (Carson et al., 1999; Kilfedder et al., 1997) e na população de profissionais de saúde mental no geral (Geursts et al, 1998). Quanto às dimensões que o compõem, o valor médio obtido na dimensão exaustão emocional (16.71) e na despersonalização (3.45) podem ser considerados baixos. Note-se que no que respeita a estas dimensões, os sujeitos desta amostra pontuaram o mínimo teórico possível (0). Relativamente à dimensão realização pessoal, o valor médio encontrado (37.05) é moderado uma vez que tendem ligeiramente para o valor máximo possível. Nesta dimensão, foi possível encontrar inquiridos que apresentaram valores correspondentes ao valor máximo possível (48), e de ter apresentado valor mínimo (18) distante do valor mínimo possível. Estes resultados indicam que a amostra não apresenta valores que permitam concluir que a existência de exaustão laboral. Os resultados da nossa amostra corroboram também os dados encontrados por Oliveira e Prista-Guerra (2004) que demonstram que os níveis de *Burnout* numa amostra de enfermeiros psiquiátricos se encontram nos valores normativos para a população em geral. Nesse estudo foram encontrados valores médios nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização ligeiramente superiores aos obtidos neste trabalho.

O valor médio de expectativas da amostra em estudo foi 57.14 (Quadro 11), valor considerado moderado, uma vez que o máximo possível é de 70 pontos. Ainda que o mesmo Índice de Expectativas tenha sido utilizado no estudo de Oliveira & Prista-Guerra (2004) não são conhecidos os valores médios obtidos, o que impossibilita a comparação destes com os nossos resultados.

No que se relaciona com os sintomas de stress (Quadro 11), a média obtida (11.20) é considerada baixa, tendo em conta o valor máximo possível (78). Sublinhe-se que nesta dimensão, foi possível encontrar sujeitos que pontuaram o valor mínimo possível (0) e que o valor máximo encontrado (33) é significativamente inferior ao que seria possível obter. Quanto às dimensões sintomas comportamentais e sintomas físicos, na primeira o valor médio foi de 6.86 o que é considerado um valor baixo comparativamente com o valor máximo teórico (36). Nesta dimensão, podem encontrar-se sujeitos que pontuaram o valor mínimo possível (0) e que o valor máximo encontrado na amostra (20) é moderado. No que se refere aos sintomas físicos de stress, o valor médio encontrado (4.34) é baixo, uma vez que é um resultado muito afastado do valor máximo possível (42). Nesta dimensão também foi possível encontrar sujeitos que pontuaram o valor mínimo (0). Os resultados mais elevados nesta dimensão (17) encontram-se muito abaixo dos valores máximos possíveis. Tal como Oliveira e Prista-Guerra (2004), não encontramos dados que permitam comparar os valores encontrados com outros estudos que tenham utilizado o mesmo questionário.

Por último, na escala de Auto-Actualização (Quadro 11), constata-se que o valor de Auto-Actualização total médio obtido é de 162. Este resultado é considerado alto uma vez que se aproxima do valor máximo possível (165). Tendo em conta cada uma das dimensões que a compõem, constatamos que todas apresentam valores moderados com tendência no sentido do valor máximo possível. Apesar de não existirem dados que permitam comparar os valores médios de cada dimensão com os dos estudos de Prista-Guerra (1992) e Oliveira & Prista-Guerra (2004), o valor médio da Auto-Actualização situa-se ligeiramente acima do encontrado no estudo primeiro estudo. Assim, os valores encontrados permitem verificar que a amostra deste estudo apresenta uma elevada tendência auto-actualizante.

Quadro 11. Resultados das dimensões estudadas na amostra total

Escala	Média dos valores (Autores originais)	Média	Desvio padrão	Mínimo (mínimo teórico possível)	Máximo (máximo teórico possível)
IE – Autoconsciência	81	76,16	11,552	53(20)	108(140)
IE - Gestão de emoções	63.9	60,19	12,586	26(18)	83(126)
IE – Automotivação	72.1	69,57	12,733	36(21)	111(147)
IE – Empatia	53.5	54,52	10,862	24(12)	80(84)
IE - Gestão de relacionamentos em grupos	61.9	58,84	10,283	18(14)	82(98)
Inteligência Emocional – Total	332.4	318,41	43,079	233(85)	439(595)
MBI - exaustão emocional	20.2	16,71	9,468	0(0)	43(54)
MBI – despersonalização	8.1	3,45	3,812	0(0)	15(30)
MBI - realização pessoal	35.8	37,05	7,162	18(0)	48(48)
<i>Burnout</i> – total	-	29,72	16,488	1(0)	77(132)
Expectativas – Total	-	57,14	6,688	40(14)	70(70)
Sintomas Comportamentais	-	6,86	4,503	0(0)	20(36)
Sintomas Físicos	-	4,34	3,667	0(0)	17(42)
Sintomas stress - Stress	-	11,20	7,272	0(0)	33(78)
AA - sentido de vida	-	32,63	4,418	22(8)	40(64)
AA - orientação interior	-	33,60	5,396	18(9)	45(72)
AA - vida criativa	-	28,77	4,690	16 (8)	40 (64)
AA - dimensão existencial	-	31,89	5,480	4 (8)	40 (64)
Auto - Actualização - Total	125.5	126,89	14,867	86 (33)	162 (165)

Depois de termos descrito os resultados globais dos nossos inquiridos, consideramos pertinente efectuar algumas comparações. Assim, serão apresentados dados comparativos

relativamente ao sexo, estado civil, filhos, pluriemprego, habilitações literárias e intenção de mudar de instituição.

No que se refere à comparação em função do sexo (Quadro 12) foram encontradas diferenças significativas na exaustão emocional e nível de *Burnout* total, mais elevados no sexo feminino, corroborando os resultados obtidos por Maslach e Jackson (1981). Esta análise permitiu-nos também verificar que o sexo feminino apresenta maior proeminência de sintomas gerais e comportamentais relacionados com o stress. A presença de maior número de queixas somáticas derivadas do stress e ansiedade no sexo feminino é encontrada no estudo de Bulik (2005) realizado com profissionais da área da saúde, reportando as enfermeiras maior stress percebido do que o sexo oposto no estudo de Limonero, Tomás-Sábado, Fernandez-Castro & Gómez-Benito (2004). Apesar da análise comparativa das outras variáveis analisadas não apresentar diferenças significativas, tal como o estudo de Vilela (2006), parece-nos interessante referir que os elementos do sexo feminino obtêm valores mais altos ao nível da Inteligência Emocional e das dimensões que a compreendem indo de encontro aos resultados obtidos no estudo de Bulik (2005) realizado com uma amostra de profissionais de saúde. Por outro lado, verificamos que os homens obtiveram valores mais elevados nas variáveis sociodemográficas como a idade, anos de profissão, horas de instituição e grau de satisfação. Estes sujeitos apresentam-se com maior nível de expectativas e maior tendência Auto-Actualizante, tendo também valores mais elevados do que as mulheres nas respectivas dimensões do constructo, ao contrário dos dados encontrados por Prista-Guerra (1992).

Quadro 12. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do sexo

Escala	Sexo	Feminino	Masculino	<i>t</i>	<i>P</i>
		(N=39)	(N=25)		
Idade		35,00 (11,128)	38,20 (12,059)	1,086	0,282
Anos Profissão		12,39 (11,509)	14,64 (11,284)	0,763	0,448
Horas instituição		6,23 (1,087)	6,35 (,714)	0,46	0,647
Horas semana		43,85 (13,758)	43,48 (13,641)	-0,102	0,919
Grau satisfação		4,00 (,827)	4,28 (,737)	1,377	0,173
IE - Autoconsciência		76,00 (12,414)	75,79 (10,104)	-0,069	0,945
IE - Gestão de emoções		60,13 (12,624)	59,83 (12,863)	-0,09	0,929
IE - Automotivação		70,63 (13,836)	67,71 (11,079)	-0,873	0,386
IE - Empatia		55,30 (10,247)	52,92 (11,876)	-0,832	0,408
IE - Gestão relações Grupo		58,68 (11,393)	58,71 (8,518)	0,009	0,993
Total Inteligência Emocional		319,29 (43,704)	314,96 (42,535)	-0,384	0,702
MBI - Exaustão Emocional		19,56 (10,143)	12,36 (6,550)	-3,452	0,001**
MBI - Despersonalização		3,84 (3,677)	3,84 (4,079)	0,567	0,572
MBI - Realização pessoal		35,82 (6,762)	39,00 (7,610)	1,747	0,086
MBI - Total <i>Burnout</i>		33,64 (17,838)	23,76 (12,594)	-2,408	0,019*
Expectativas - Total		56,68 (7,010)	57,52 (6,212)	0,484	0,630
Sintomas Comportamentais		8,31 (4,900)	4,72 (2,747)	-3,746	0,000**
Sintomas Físicos		5,10 (3,932)	3,32 (2,926)	-1,945	0,056
Sintomas stress – Total		13,41 (7,803)	8,04 (4,912)	-3,379	0,001**
AA - Sentido de Vida		32,15 (4,864)	33,24 (3,655)	0,956	0,343
AA - Orientação Interior		32,62 (5,230)	35,04 (5,511)	1,772	0,081
AA - Vida Criativa		28,10 (4,489)	29,56 (4,874)	1,226	0,225
AA - Dimensão Existencial		31,41 (6,142)	32,36 (4,202)	0,677	0,501
Auto-Actualização – Total		124,28 (15,926)	130,20 (12,254)	1,581	0,119

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010

No que se refere ao estado civil (Quadro 13) não se verificaram diferenças significativas entre casados e não casados (solteiros, divorciados e viúvos). Contudo, a análise dos resultados obtidos permitiu-nos verificar que os casados tendem a apresentar idades mais elevadas, maior número de anos de serviço e maior satisfação quando comparados com a restante amostra. Estes sujeitos parecem apresentar também maiores níveis de realização pessoal, expectativas mais elevadas e valores mais elevados em todas as dimensões da Auto-Actualização, à excepção da que se refere à vida criativa. Os solteiros, divorciados ou viúvos apresentam valores mais elevados em todas as dimensões da Inteligência Emocional, à excepção da Autoconsciência.

Quadro 13. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do estado civil

Escala \ Estado Civil	Casados ou união de facto	Solteiro, divorciado ou viúvo	<i>t</i>	<i>P</i>
	(N=39)	(N=25)		
Idade	38,46 (10,592)	33,52 (12,147)	-1,738	,087
Anos Profissão	15,32 (11,962)	10,75 (11,962)	-1,581	,119
Horas instituição	6,21 (1,111)	6,31 (0,761)	,400	,690
Horas semana	41,94 (12,794)	44,55 (13,752)	,775	,442
Grau satisfação	4,23 (0,690)	4,00 (0,926)	-1,131	,262
IE - Autoconsciência	77,26 (10,344)	75,07 (13,078)	-,737	,464
IE - Gestão de emoções	58,74 (11,220)	61,43 (14,054)	,839	,405
IE - Automotivação	68,03 (10,414)	71,43 (15,269)	1,038	,303
IE - Empatia	54,03 (12,032)	54,96 (9,697)	,330	,743
IE - Gestão relações Grupo	56,88 (10,362)	61,43 (9,927)	1,752	,085
Total Inteligência Emocional	313,35 (37,922)	324,32 (49,333)	,990	,326
MBI - Exaustão Emocional	15,17 (7,641)	18,62 (11,277)	1,402	,167
MBI - Despersonalização	3,43 (3,965)	3,45 (3,757)	,020	,984
MBI - Realização pessoal	38,49 (6,147)	35,55 (8,043)	-1,653	,103
MBI - Total <i>Burnout</i>	26,74 (12,666)	33,07 (20,050)	1,473	,148
Expectativas - Total	57,86 (6,006)	56,18 (7,562)	-,982	,330
Sintomas Comportamentais	6,31 (3,748)	7,55 (5,329)	1,053	,297
Sintomas Físicos	4,43 (3,837)	4,38 (3,489)	-,053	,958
Sintomas stress – Total	10,74 (6,670)	11,93 (8,066)	,645	,521
AA - Sentido de Vida	33,46 (3,783)	31,66 (5,038)	-1,633	,108
AA - Orientação Interior	33,77 (5,750)	33,45 (5,124)	-,235	,815
AA - Vida Criativa	28,57 (4,414)	29,00 (5,148)	,359	,721
AA - Dimensão Existencial	32,29 (4,450)	31,48 (6,642)	-,576	,566
Auto-Actualização – Total	128,09 (13,492)	125,59 (16,736)	-,662	,511

Comparando profissionais com e sem filhos (Quadro 14), encontramos diferenças estatisticamente significativas no que se refere à dimensão Gestão de Relacionamentos de Grupo e Exaustão Emocional, bem como idade e anos de serviço. Assim, os profissionais sem filhos parecem ser mais capazes de gerir grupos de pessoas, ainda que apresentem maiores índices de exaustão emocional, sendo também mais novos e com menor tempo de serviço. Apesar de nas restantes variáveis não ter sido obtido um valor de significância que permita a comparação entre estes dois estados civis, constamos que os sujeitos sem filhos apresentam níveis mais altos de *Burnout* e sintomatologia relacionada com stress e expectativas profissionais mais elevadas. Verificamos, por outro lado que os profissionais com filhos apresentam maior capacidade de gestão de emoções, maior realização profissional e maior percepção de sentido de vida e orientação interior.

Quadro 14. Comparação das médias (e desvio padrão) em função de ter filhos

Escala	Filhos	Sim	Não	<i>t</i>	<i>P</i>
		(N=29)	(N=35)		
Idade		45,14 (9,837)	28,40 (4,785)	8,379	,000**
Anos Profissão		21,79 (10,261)	5,65 (4,644)	7,699	,000**
Horas instituição		6,36 (0,826)	6,21 (1,067)	,614	,542
Horas semana		44,04 (14,942)	43,46 (12,694)	,165	,869
Grau satisfação		4,21 (0,675)	4,03 (0,891)	,887	,378
IE - Autoconsciência		75,96 (10,338)	76,20 (12,695)	-,079	,937
IE - Gestão de emoções		61,00 (12,695)	59,69 (12,819)	,402	,689
IE - Automotivação		66,33 (10,031)	71,40 (13,812)	-1,606	,114
IE - Empatia		51,73 (11,881)	55,86 (9,000)	-1,544	,128
IE - Gestão relações Grupo		55,67 (10,838)	61,06 (9,381)	-2,096	,040*
Total Inteligência Emocional		308,78 (40,606)	324,20 (43,789)	-1,419	,161
MBI - Exaustão Emocional		14,31(7,493)	19,17(10,156)	-2,139	,036*
MBI - Despersonalização		3,00 (3,761)	3,91 (3,868)	-,953	,344
MBI - Realização pessoal		37,55 (6,467)	37,00 (7,542)	,310	,757
MBI - Total <i>Burnout</i>		26,10 (13,097)	33,06 (18,542)	-1,698	,095
Expectativas - Total		56,89 (5,633)	57,17 (7,524)	-,163	,871
Sintomas Comportamentais		5,90 (4,100)	7,77 (4,716)	-1,678	,098
Sintomas Físicos		3,66 (3,276)	4,71 (3,824)	-1,176	,244
Sintomas stress – Total		9,55 (6,983)	12,49 (7,426)	-1,616	,111
AA - Sentido de Vida		33,34 (4,394)	32,03 (4,475)	1,181	,242
AA - Orientação Interior		34,48 (6,033)	32,91 (4,859)	1,152	,254
AA - Vida Criativa		28,03 (5,123)	29,60 (4,103)	-1,358	,179
AA - Dimensão Existencial		31,66 (6,976)	32,09 (4,047)	-,308	,759
Auto-Actualização – Total		127,52 (16,728)	126,63 (13,524)	,235	,815

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010

Relativamente ao pluriemprego (Quadro 15), a única comparação estatisticamente significativamente surge ao nível do número de horas de trabalho. Assim, parece óbvio que os sujeitos que se encontram a trabalhar em mais do que um local apresentam uma média de horas de trabalho semanais superiores aos indivíduos que trabalham numa única instituição. As restantes comparações, apesar de não significativas permitem comprovar a tendência dos sujeitos em situação de pluriemprego apresentarem maiores níveis de exaustão emocional, despersonalização e *Burnout* total. Verificamos também que os sujeitos que trabalham apenas na instituição psiquiátrica apresentam uma maior satisfação com a sua situação laboral, maior proeminência de sintomas de stress (comportamentais e físicos) e resultados mais elevados na grande maioria das dimensões de Auto-Actualização, Inteligência Emocional e expectativas.

Quadro 15. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do pluriemprego

Escala	Pluriemprego	Sim	Não	t	P
		(N=30)	(N=30)		
Idade		37,17 (9,628)	32,77 (11,063)	1,643	0,106
Anos Profissão		14,13 (10,136)	9,86 (10,74)	1,571	0,122
Horas instituição		6,00 (1,102)	6,45 (0,686)	-1,86	0,068
Horas semana		52,14 (14,788)	36,24 (6,566)	5,291	0,000**
Grau satisfação		4,10 (0,759)	4,13 (0,860)	-0,159	0,874
IE - Autoconsciência		75,07 (11,515)	77,07 (11,477)	-0,661	0,512
IE - Gestão de emoções		60,00 (13,222)	59,83 (12,103)	0,05	0,960
IE - Automotivação		71,18 (13,771)	67,87 (12,317)	0,967	0,338
IE - Empatia		55,74 (11,096)	53,60 (10,836)	0,736	0,465
IE - Gestão relações Grupo		56,68 (11,729)	60,87 (8,760)	-1,548	0,127
Total Inteligência Emocional		316,68 (46,658)	319,23 (38,922)	-0,227	0,821
MBI - Exaustão Emocional		16,97 (10,149)	16,43 (9,489)	0,21	0,834
MBI - Despersonalização		4,33 (4,444)	2,97 (3,178)	1,37	0,176
MBI - Realização pessoal		36,50 (7,291)	38,47 (6,897)	-1,073	0,288
MBI - Total <i>Burnout</i>		31,80 (17,426)	27,53 (16,600)	0,971	0,336
Expectativas - Total		56,55 (7,064)	57,80 (6,6929)	-0,697	0,489
Sintomas Comportamentais		6,80 (4,452)	7,03 (4,767)	-0,196	0,845
Sintomas Físicos		4,10 (3,633)	4,50 (3,608)	-0,428	0,670
Sintomas stress – Total		10,90 (7,208)	11,53 (7,394)	-0,336	0,738
AA - Sentido de Vida		32,93 (4,394)	31,87 (4,516)	0,927	0,358
AA - Orientação Interior		32,93 (5,152)	33,67 (5,862)	-0,515	0,609
AA - Vida Criativa		28,30 (4,095)	29,40 (4,789)	-0,956	0,343
AA - Dimensão Existencial		31,23 (6,196)	32,30 (4,527)	-0,761	0,450
Auto-Actualização - Total		125,40 (14,085)	127,23 (15,527)	-0,479	0,634

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010

A comparação do grau de habilitações (Quadro 16), apesar da desproporção do número de inquiridos por categoria, permite-nos verificar que os sujeitos licenciados parecem desempenhar um maior número de horas na instituição e um maior número de horas semanais. Estes inquiridos apresentam mais sintomas de stress, nomeadamente sintomas comportamentais, e maiores níveis de *Burnout*, pontuando acima dos sujeitos com bacharelato nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Apresentam-se também mais Auto-actualizados, especialmente no que respeita à dimensão vida criativa, e embora sem diferenças significativas, com maior nível de Inteligência Emocional e com mais expectativas. Os sujeitos que possuem bacharelato apresentam idade superior e maior número de anos de trabalho do que os licenciados.

Quadro 16 . Comparação das médias (e desvio padrão) em função das habilitações

Escala	Habilitações	Licenciatura	Bacharelato	<i>t</i>	<i>P</i>
		(N=55)	(N=10)		
Idade		33,25 (7,830)	53,10 (13,836)	4,409	0,001**
Anos Profissão		10,15 (7,737)	29,90 (13,494)	4,491	0,001**
Horas instituição		6,30 (0,944)	6,11 (1,054)	-0,536	0,594
Horas semana		44,78 (14,084)	36,44 (6,106)	-2,981	0,006**
Grau satisfação		4,09 (0,823)	4,30 (0,675)	0,757	0,452
IE - Autoconsciência		76,69 (11,350)	73,00 (12,952)	-0,884	0,380
IE - Gestão de emoções		61,22 (12,459)	54,00 (12,207)	-1,614	0,112
IE - Automotivação		70,22 (12,253)	65,67 (15,548)	-0,994	0,324
IE - Empatia		55,51 (9,233)	48,67 (17,335)	-1,157	0,278
IE - Gestão relações Grupo		58,59 (10,715)	60,33 (7,483)	0,467	0,642
Total Inteligência Emocional		321,20 (42,794)	301,67 (43,379)	-1,266	0,210
MBI - Exaustão Emocional		17,71 (9,547)	11,20 (7,131)	-2,049	0,045*
MBI - Despersonalização		3,95 (3,922)	0,70 (1,059)	-5,184	0,000**
MBI - Realização pessoal		37,33 (7,0409)	35,50 (8,017)	-0,740	0,462
MBI - Total <i>Burnout</i>		31,45 (17,141)	20,20 (7,162)	-3,478	0,001**
Expectativas - Total		57,29 (7,054)	56,22 (3,898)	-0,442	0,660
Sintomas Comportamentais		7,24 (4,772)	4,80 (1,398)	-3,120	0,003**
Sintomas Físicos		4,09 (3,329)	5,70 (5,165)	1,283	0,204
Sintomas stress – Total		11,33 (7,528)	10,50 (5,949)	-0,329	0,744
AA - Sentido de Vida		32,84 (4,479)	31,50 (4,089)	-0,878	0,383
AA - Orientação Interior		33,75 (5,257)	32,80 (6,356)	-0,507	0,614
AA - Vida Criativa		29,45 (4,307)	25,00 (5,142)	-2,921	0,005**
AA - Dimensão Existencial		32,85 (3,988)	26,60 (9,021)	-2,155	0,058
Auto-Actualização - Total		128,89 (13,786)	115,90 (16,516)	-2,660	0,010**

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010

Por último, no que se refere à vontade de mudar de instituição laboral (Quadro 17), apesar da desproporção do número de inquiridos por categoria, encontramos diferenças que sugerem que os sujeitos que demonstram vontade em sair da instituição são os que se apresentam menos satisfeitos com o seu trabalho, com maior exaustão emocional, com níveis de *Burnout* mais elevados, com maior expressividade de sintomatologia comportamental de stress e com maiores expectativas. Apesar da diferença não ser significativa, os sujeitos que não manifestam vontade em mudar de instituição tem tendência a pontuar valores menos elevados na grande maioria das dimensões da Inteligência Emocional. Tendo em conta estes sujeitos, o resultado inverso é encontrado para a variável Auto-Actualização, sendo que aqueles que não consideram mudar de local de trabalho apresentam uma maior tendência para a Auto-Actualização.

Quadro 17. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da vontade de mudar de instituição

Escala	Habilitações	Sim	Não	<i>t</i>	<i>P</i>
		(N=7)	(N=56)		
Idade		35,14 (8,071)	36,59 (11,872)	- 0,312	0,756
Anos Profissão		11,57 (8,997)	13,70 (11,787)	- 0,460	0,647
Horas instituição		6,86 (0,900)	6,19 (6,19)	1,765	0,083
Horas semana		48,00 (12,275)	42,69 (13,382)	0,997	0,323
Grau satisfação		3,00 (0,577)	4,25 (0,720)	-5,242	0,001**
IE - Autoconsciência		76,43 (7,934)	76,19 (12,155)	0,051	0,959
IE - Gestão de emoções		61,86 (14,542)	59,48 (12,399)	0,468	0,641
IE - Automotivação		74,29 (8,341)	68,78 (13,286)	1,065	0,291
IE - Empatia		55,71 (6,897)	54,09 (11,411)	0,365	0,716
IE - Gestão relações Grupo		56,57 (8,344)	58,98 (10,521)	-0,581	0,563
Total Inteligência Emocional		324,86 (31,281)	316,52 (44,743)	0,476	0,635
MBI - Exaustão Emocional		27,00 (8,485)	15,57 (8,989)	3,189	0,002**
MBI - Despersonalização		5,43 (2,878)	3,18 (3,927)	1,463	0,149
MBI - Realização pessoal		34,00 (7,234)	37,43 (7,132)	-1,197	0,236
MBI - Total <i>Burnout</i>		45,57 (14,853)	27,82 (15,911)	2,800	0,007**
Expectativas - Total		52,29 (5,499)	57,62 (6,696)	-2,018	0,048*
Sintomas Comportamentais		10,14 (5,047)	6,50 (4,386)	2,040	0,046*
Sintomas Físicos		4,43 (6,50)	4,45 (3,707)	-0,012	0,990
Sintomas stress – Total		14,57 (7,764)	10,95 (7,255)	1,238	0,221
AA - Sentido de Vida		30,14 (4,375)	32,95 (4,441)	-1,577	0,120
AA - Orientação Interior		30,14 (4,259)	34,09 (5,481)	-1,832	0,072
AA - Vida Criativa		25,57 (4,315)	29,02 (4,579)	-1,888	0,064
AA - Dimensão Existencial		32,57 (3,505)	31,77 (5,759)	0,359	0,721
Auto-Actualização - Total		118,43 (13,024)	127,82 (15,039)	-1,577	0,120

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.01

Terminada a análise descritiva dos dados comparativos, consideramos importante efectuar uma análise correlacional entre as variáveis do estudo. Por facilidade de leitura, iremos apenas comentar as correlações significativas e pertinentes para as nossas hipóteses, não referindo as correlações internas, ou seja, entre dimensões do mesmo instrumento. Assim, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas (Quadro 18) verificamos que a idade se correlaciona negativamente com as dimensões empatia, exaustão emocional, despersonalização, vida criativa e dimensão existencial. Relativamente ao tempo de exercício da profissão verificamos que o número de anos de profissão correlaciona-se negativamente com os níveis de *Burnout* geral, com todas as dimensões que constituem este constructo e, conseqüentemente, com a presença de sintomas comportamentais de stress. Comprovamos também que o número de horas de trabalho nas instituições psiquiátricas está negativamente associado ao grau de satisfação laboral. Esta variável apresenta, por sua vez, uma correlação negativa com o nível de *Burnout* geral e em especial com a dimensão exaustão emocional. O número de horas semanais não apresentou correlações significativas com nenhuma das variáveis em estudo.

Quadro 18. Correlações entre variáveis demográficas e as dimensões das escalas

		Idade	Anos profissão	Horas instituição	Horas semana	Grau satisfação
Anos profissão	R Pearson Sig.	,980(**) ,000				
Horas instituição	R Pearson Sig.	,085 ,507	,045 ,729			
Horas semana	R Pearson Sig.	-,057 ,658	-,064 ,625	-,140 ,278		
Grau satisfação	R Pearson Sig.	,086 ,494	,107 ,403	-,253(*) ,046	-,169 ,186	
IE – Autoconsciência	R Pearson Sig.	-,077 ,548	,007 ,959	-,065 ,618	-,073 ,577	-,112 ,382
IE - Gestão de emoções	R Pearson Sig.	-,091 ,478	-,049 ,707	-,074 ,570	,082 ,532	-,103 ,421
IE - Automotivação	R Pearson Sig.	-,087 ,496	-,048 ,716	-,045 ,731	,134 ,304	-,174 ,173
IE - Empatia	R Pearson Sig.	-,288(*) ,023	-,207 ,113	-,090 ,496	,078 ,554	,019 ,886
IE - Gestão relação grupos	R Pearson Sig.	-,134 ,296	-,086 ,508	,043 ,745	-,237 ,066	,004 ,976
Total IE	R Pearson Sig.	-,176 ,169	-,093 ,476	-,058 ,657	-,043 ,744	-,104 ,419
MBI - Exaustão emocional	R Pearson Sig.	-,263(*) ,034	-,334(**) ,008	,074 ,564	,146 ,253	-,585(**) ,000
MBI - Despersonalização	R Pearson Sig.	-,308(*) ,012	-,336(**) ,007	,139 ,277	,242 ,056	-,203 ,106
MBI - Realização pessoal	R Pearson Sig.	-,107 ,394	-,095 ,460	,026 ,837	-,144 ,260	,250(*) ,045
MBI - Total <i>Burnout</i>	R Pearson Sig.	-,239 ,055	-,292(*) ,020	,101 ,432	,231 ,068	-,521(**) ,000
Expectativas total	R Pearson Sig.	-,089 ,484	-,088 ,497	-,041 ,750	-,225 ,078	,478(**) ,000
Sintomas comportamentais	R Pearson Sig.	-,217 ,082	-,269(*) ,033	,161 ,208	,066 ,609	-,459(**) ,000
Sintomas físicos	R Pearson Sig.	-,074 ,556	-,082 ,522	,083 ,517	-,010 ,939	-,286(*) ,021
Sintomas stress - total	R Pearson Sig.	-,172 ,171	-,209 ,101	,142 ,267	,036 ,782	-,428(**) ,000
AA - Sentido de vida	R Pearson Sig.	,000 ,997	,026 ,841	-,217 ,087	-,082 ,522	,455(**) ,000
AA - Orientação interior	R Pearson Sig.	,029 ,816	,064 ,616	,039 ,760	-,224 ,077	,301(*) ,015
AA - Vida criativa	R Pearson Sig.	-,392(**) ,001	-,371(**) ,003	-,084 ,512	-,143 ,264	,137 ,278
AA - Dimensão existencial	R Pearson Sig.	-,308(*) ,013	-,313(*) ,012	-,124 ,334	-,040 ,757	-,004 ,974
Total AA	R Pearson Sig.	-,226 ,070	-,203 ,110	-,123 ,337	-,164 ,200	,286(*) ,021

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.01

Tomando agora como ponto de partida a Inteligência Emocional (Quadro 19) verificamos que esta se correlaciona-se positivamente com a Auto-Actualização e com as suas dimensões vida criativa e dimensão existencial. Considerando cada uma das dimensões da Inteligência Emocional, verificamos que a Autoconsciência se correlaciona com a Auto-Actualização e com a sua Dimensão Existencial. No que diz respeito à capacidade de Gestão de Emoções, não foram encontradas correlações significativas à excepção das internas ao constructo. A Auto-motivação correlaciona-se modestamente com

o *Burnout* e com a sintomatologia associada ao stress. Por último, a Gestão de Relacionamentos em Grupo associa-se positivamente ao *Burnout* e às suas dimensões exaustão emocional e realização pessoal, bem como à Auto-Actualização e às suas dimensões vida criativa e dimensão existencial. Paralelamente, esta variável correlaciona-se negativamente com os sintomas associados ao stress, em especial com os sintomas de ordem comportamental. Não surgiram correlações significativas entre a Inteligência Emocional total e o *Burnout* total, Expectativas ou Stress, destacando-se apenas a correlação positiva com o total da Auto-Actualização.

Quadro 19. Correlações entre a Inteligência Emocional e as restantes variáveis

		IE Auto-consciência	IE Gestão de emoções	IE Auto-motivação	IE Empatia	IE Gestão relações grupos	Total IE
IE - Gestão de emoções	R Pearson Sig.	,464(**) ,000					
IE - Automotivação	R Pearson Sig.	,582(**) ,000	,627(**) ,000				
IE - Empatia	R Pearson Sig.	,527(**) ,000	,361(**) ,004	,400(**) ,001			
IE - Gestão relação grupos	R Pearson Sig.	,252(*) ,046	,168 ,187	,094 ,465	,609(**) ,000		
Total IE	R Pearson Sig.	,763(**) ,000	,731(**) ,000	,737(**) ,000	,760(**) ,000	,595(**) ,000	
MBI - Exaustão emocional	R Pearson Sig.	,099 ,440	,096 ,453	,219 ,085	-,073 ,574	-,328(**) ,009	,001 ,993
MBI - Despersonalização	R Pearson Sig.	,146 ,254	,237 ,062	,229 ,071	,154 ,233	-,157 ,218	,130 ,310
MBI - Realização pessoal	R Pearson Sig.	-,011 ,931	-,136 ,287	-,211 ,097	,040 ,757	,256(*) ,043	-,037 ,776
MBI - Total <i>Burnout</i>	R Pearson Sig.	,108 ,401	,190 ,135	,271(*) ,032	,010 ,936	-,314(*) ,012	,069 ,592
Expectativas total	R Pearson Sig.	,037 ,772	-,037 ,774	,027 ,831	,194 ,130	,228 ,072	,101 ,432
Sintomas comportam.	R Pearson Sig.	,129 ,312	,030 ,813	,311(*) ,013	-,017 ,896	-,331(**) ,008	,021 ,873
Sintomas físicos	R Pearson Sig.	-,049 ,700	-,131 ,305	,193 ,130	,102 ,429	-,148 ,248	-,030 ,816
Sintomas stress total	R Pearson Sig.	,055 ,667	-,048 ,709	,292(*) ,020	,042 ,746	-,281(*) ,026	-,002 ,985
AA - Sentido de vida	R Pearson Sig.	,135 ,291	,047 ,717	,017 ,895	,122 ,346	,104 ,419	,104 ,419
AA - Orientação interior	R Pearson Sig.	,160 ,211	,112 ,382	-,180 ,159	,221 ,084	,205 ,108	,139 ,276
AA - Vida criativa	R Pearson Sig.	,246 ,052	,179 ,161	-,077 ,547	,375(**) ,003	,507(**) ,000	,327(**) ,009
AA - Dimensão existencial	R Pearson Sig.	,298(*) ,018	,244 ,054	,122 ,341	,310(*) ,014	,250(*) ,048	,353(**) ,005
Total AA	R Pearson Sig.	,280(*) ,026	,194 ,128	-,052 ,684	,346(**) ,006	,359(**) ,004	,306(*) ,015

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.01

O *Burnout* (Quadro 20) apresenta correlações negativas com o grau de satisfação laboral e com as expectativas do trabalhador e correlação positiva com os sintomas de stress em particular com os de natureza comportamental. Observando a emergência de

correlações nas dimensões que constroem este constructo, constatamos que a exaustão emocional surge negativamente correlacionada com a idade, anos de profissão, com o grau de satisfação laboral, com as manifestações de stress, nomeadamente com os sintomas comportamentais. No que respeita à despersonalização, esta dimensão também se correlaciona negativamente com a idade e com os anos de profissão. A realização pessoal correlaciona-se positivamente com o grau de satisfação, com a capacidade de gestão de relacionamentos em grupo, com as expectativas, com a Auto-Actualização e, em particular com a sua dimensão vida criativa. Esta variável apresenta correlações no sentido inverso com a sintomatologia física e comportamental de stress. Quanto à análise da variável expectativas, encontramos no presente estudo dados que permitem compreender que se relaciona positivamente com o grau de satisfação e com todas as dimensões da Auto-Actualização e negativamente com a sintomatologia decorrente do stress.

Quadro 20. Correlações entre o *Burnout* e as restantes variáveis

		MBI – Exaustão emocional	MBI – Despers	MBI – Realiz. pessoal	MBI – Total <i>Burnout</i>	Expectat. total	Sintomas comport.	Sintomas físicos	Sintomas stress total
MBI - Despersonalização	R Pearson Sig.	,475(**) ,000							
MBI - Realização pessoal	R Pearson Sig.	-,427(**) ,000	-,250(*) ,045						
MBI - Total <i>Burnout</i>	R Pearson Sig.	,897(**) ,000	,640(**) ,000	-,684(**) ,000					
Expectativas total	R Pearson Sig.	-,453(**) ,000	-,184 ,146	,536(**) ,000	-,529(**) ,000				
Sintomas comportamentais	R Pearson Sig.	,823(**) ,000	,426(**) ,000	-,426(**) ,000	,796(**) ,000	-,323(**) ,009			
Sintomas físicos	R Pearson Sig.	,377(**) ,002	,187 ,136	-,261(*) ,036	,400(**) ,001	-,214 ,090	,580(**) ,000		
Sintomas stress total	R Pearson Sig.	,700(**) ,000	,358(**) ,003	-,395(**) ,001	,695(**) ,000	-,308(*) ,013	,912(**) ,000	,863(**) ,000	
AA - Sentido de vida	R Pearson Sig.	-,455(**) ,000	-,206 ,099	,473(**) ,000	-,535(**) ,000	,531(**) ,000	-,483(**) ,000	-,259(*) ,037	-,430(**) ,000
AA - Orientação interior	R Pearson Sig.	-,433(**) ,000	-,228 ,068	,222 ,076	-,416(**) ,001	,254(*) ,042	-,521(**) ,000	-,356(**) ,004	-,502(**) ,000
AA - Vida criativa	R Pearson Sig.	-,239 ,055	-,069 ,583	,432(**) ,000	-,275(*) ,027	,338(**) ,006	-,323(**) ,009	-,178 ,156	-,290(*) ,019
AA - Dimensão existencial	R Pearson Sig.	,017 ,896	-,123 ,328	,232 ,063	-,102 ,420	,311(*) ,012	-,060 ,634	,021 ,871	-,027 ,832
AA total	R Pearson Sig.	-,362(**) ,003	-,211 ,091	,443(**) ,000	-,434(**) ,000	,469(**) ,000	-,457(**) ,000	-,255(*) ,041	-,411(**) ,001

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.01

Apresentamos ainda (Quadro 21) as correlações internas da Auto-Actualização, verificando-se que são fortes e todas positivas. As correlações da Auto-Actualização com as restantes variáveis já foram descritas nos quadros anteriores.

Quadro 21. Correlações internas da Auto-Actualização

		AA – Sentido de vida	AA - Orientação interior	AA - Vida criativa	AA - Dimensão existencial
AA - orientação interior	R Pearson Sig.	,293(*) ,018			
AA - vida criativa	R Pearson Sig.	,392(**) ,001	,476(**) ,000		
AA - dimensão existencial	R Pearson Sig.	,443(**) ,000	,294(*) ,018	,530(**) ,000	
Total AA	R Pearson Sig.	,690(**) ,000	,709(**) ,000	,800(**) ,000	,774(**) ,000

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.01

Terminada a apresentação dos resultados, avançamos para a sua discussão. Dado o grande número de variáveis e suas dimensões, apenas iremos abordar os dados que melhor se ligam com o nosso objecto de estudo e nos parecem responder às hipóteses formuladas anteriormente.

3. Discussão dos resultados

Esta etapa do presente trabalho tem como objectivo realçar os resultados encontrados mais importantes e, na medida do possível, interpretá-los com base nas teorias e investigações acerca da temática em questão e da população em estudo. Assim, em primeiro lugar, os resultados encontrados neste estudo verificaram a existência de níveis nitidamente baixos de *Burnout*, exaustão emocional e despersonalização na amostra de enfermeiros psiquiátricos. Estes resultados vão de encontro aos de outros estudos realizados com amostras da mesma classe profissional (Carson et al., 1999; Kilfedder et al., 2001) e a outros realizados com esta e outras classes de profissionais que desempenham funções em contextos psiquiátricos (Geurts et al., 1998). Tendo em conta diferentes autores, se, por um lado a literatura sublinha a fragilidade do desempenho desta profissão ao *Burnout* (Delbrouck, 2006; Vaz-Serra, 1999) dedicando-lhe especial atenção, por outro lado, o estudo de Schaufeli (1999) chama atenção para apenas uma percentagem mínima de profissionais de saúde em geral apresentar níveis elevados de *Burnout*. Este autor acrescenta ainda que é possível encontrar, nos contextos relacionados com a prestação de cuidados de saúde mental, profissionais com realização pessoal mais elevada do que

noutros enquadramentos laborais. Os nossos dados demonstram níveis baixos de *Burnout* e elevados níveis de realização pessoal e satisfação laboral, o que poderá estar na origem da prática/preconização de estratégias de coping que permitam lidar mais eficazmente com as adversidades laborais (Carson et al., 1999). Outra explicação poderá dever-se ao facto de os profissionais exaustos já terem abandonado os seus postos de trabalho ou não se encontrarem nos postos de trabalho devido a licença médica e não fazerem parte da amostra. Tendo em conta que a amostra deste estudo é bastante jovem, seria de esperar que apresentasse maiores níveis de *Burnout*, uma vez que se dá o choque com o mundo laboral e o estabelecimento de expectativas idealistas (Cherniss (1980, in Oliveira & Prista-Guerra, 2004) bem como a falta de adaptação, insegurança e percepção de ambiguidade de papel (Kilfedder et al., 2001) em jovens profissionais nos anos iniciais de carreira. Contudo, uma análise detalhada revelou que a idade surgia negativamente correlacionada (ainda que não significativa em termos estatísticos) com as expectativas. Assim, poderá levantar-se a questão de as expectativas moderadas apresentadas pelos enfermeiros psiquiátricos constituírem um factor protector à emergência de *Burnout*.

A amostra inquirida apresentou valores de Inteligência Emocional que se encontravam entre os valores obtidos para a população em geral e valores de Auto-Actualização ligeiramente acima da média. Os resultados obtidos para a Inteligência Emocional são corroborados por outros estudos realizados acerca da classe de enfermeiros a trabalhar em diferentes áreas de enfermagem (Bulik, 2005; Costa, 2008; Silva Costa, 2008; Vilela, 2006). Alguns estudos (Mackay, Huges & Carver, 1990; Reynolds, 1998, ambos in Cadman & Brewer, 2001) demonstram que os enfermeiros apresentam baixos níveis de empatia. Ao contrário do que seria esperado dada a importância desta componente da Inteligência Emocional no estabelecimento de relações terapêuticas, a formação académica dos enfermeiros poderá não estar a potenciar as competências terapêuticas dos seus alunos, dedicando mais atenção à aprendizagem dos saberes mais clínicos da prestação de cuidados (Cadman & Brewer, 2001). Os níveis médios/elevados que a nossa amostra apresenta relativamente à Auto-Actualização, podem ser explicados pelos elevados níveis de realização que igualmente demonstram. Outra interpretação poderá relacionar-se com o facto de a enfermagem ser uma prática apoiada em princípios humanistas, corrente na qual emerge este constructo. Assim, algumas características das pessoas mais auto-actualizadas poderão ser úteis, e, na verdade, imprescindíveis para a prática em contextos psiquiátricos tais como a maior centração nos problemas que são exteriores a si próprio, a aceitação dos seus limites e dos limites dos que o rodeiam, atitudes e valores democráticos e humor benévolo. Debruçando-nos sobre estas características, relembremos a capacidade de identificação com o outro e a decorrente vontade de ajudar o

próximo, motivação que poderá estar relacionada com a escolha da própria profissão. Por último, os enfermeiros poderão apresentar uma maior tendência auto-actualizante devido a pressões associadas à qualidade do desempenho das suas tarefas de natureza clínica. Os constantes avanços na medicina e nas terapêuticas poderão também influenciar estes profissionais a acompanharem os referidos progressos e a evoluírem nos seus conhecimentos.

Após esta interpretação dos dados mais global, consideramos pertinente discutir os resultados à luz das hipóteses formuladas. Assim, no que se refere à Hipótese 1 (Existirão diferenças no *Burnout*, Inteligência Emocional, Auto-Actualização, Expectativas e sintomas de stress em função de variáveis sociodemográficas) os resultados do nosso estudo permitiram confirmar que relativamente ao sexo, as mulheres apresentam níveis mais elevados de *Burnout* e resultados significativamente mais elevados de exaustão emocional do que os homens. Estes resultados foram encontrados noutros estudos (Bakker, Demerouti & Bakker, 2002; Maslach & Jackson, 1981; Melchior et al., 1997), podendo ser explicados por o conflito de papéis ser um dos maiores desencadeadores de stress nas mulheres (Pines & Aronson, 1981). Assim, estando o género feminino ainda associado ao estereótipo do cuidar familiar, as enfermeiras poderão sentir uma maior pressão no que respeita ao seu desempenho em ambos os papéis. Não se encontraram diferenças com significado estatístico no que diz respeito à comparação quanto ao sexo nas variáveis Inteligência Emocional, Auto-Actualização e Expectativas. No que se refere ao estado civil, também não foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos, mas foi possível verificar que os indivíduos que não tem filhos obtêm valores significativamente mais elevados de exaustão emocional e maiores capacidades de gestão de relacionamentos em grupo do que os sujeitos sem filhos. Estes resultados apontam no sentido inverso aos encontrados por Maslach e Jackson (1985). Os sujeitos em situação de pluriemprego não apresentam diferenças quanto aos níveis de *Burnout*, Inteligência Emocional, Auto-Actualização e expectativas comparativamente com os que trabalham em apenas uma instituição. Por último, os sujeitos que possuem mais habilitações literárias apresentam, por um lado, com maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização e por outro mais Auto-Actualização e resultados mais elevados de vida criativa. Estes resultados são explicados por Maslach (2001) que sugere que sujeitos com licenciatura podem desempenhar funções com maiores responsabilidades e mais indutoras de stress. Contudo, não dispomos de informação que nos permita concluir se, nas instituições onde recolhemos os dados, existem diferenças ao nível das tarefas desempenhadas entre licenciados e não licenciados.

Podemos então dizer que a nossa Hipótese 1 é confirmada apenas parcialmente, visto que tendo os níveis de *Burnout* encontrados parecem estar relacionados com o

género, com o grau de habilitações e a existência de filhos, destacando-se o sexo feminino, os licenciados e os enfermeiros com filhos como os mais propensos ao *Burnout*. Ainda a respeito desta correlação, resta mencionar que parece não existir consistência nas relações entre o *Burnout* e as variáveis sócio-demográficas (Maslach et al., 2001). Relativamente à Inteligência Emocional, os resultados não permitem inferir acerca da influência das variáveis sociodemográficas com o constructo em geral. Contudo, verificamos no nosso estudo que os indivíduos com filhos apresentam mais capacidades para gerir relacionamentos em grupo. O estudo de Costa (2008) encontrou a Inteligência Emocional positivamente correlacionada com os anos de serviço e Bulik (2005) verificou que o sexo feminino apresenta maiores competências emocionais. Estes dados que não foram corroborados no nosso estudo. No que respeita Auto-Actualização, comprovamos que os sujeitos com mais habilitações apresentam uma maior tendência para evoluir nas suas capacidades e conhecimentos. Nenhuma variável sociodemográfica se relacionou significativamente com as expectativas laborais dos sujeitos em estudo. As variáveis sócio-demográficas estado civil e pluriemprego não influenciaram significativamente nenhum dos constructos desta hipótese. A inexistência de dados acerca da influência da variável pluriemprego leva-nos reflectir acerca do papel que poderá exercer no *Burnout* sentido nos profissionais de enfermagem. De facto, constatamos que metade da amostra se encontra a trabalhar em mais do que um local e que o número de horas de trabalho semanal médio é bastante elevado, o que deveria constituir-se como um factor adicional de cansaço e, conseqüentemente, um factor de risco para o aparecimento de *Burnout*. Contudo, questionamo-nos se os baixos níveis de *Burnout* não poderão estar relacionados precisamente com esta variável, na medida em que a acumulação de empregos permite aos enfermeiros psiquiátricos uma alternância de ambiente laboral que poderá ser benéfica em termos emocionais para o profissional. Adicionalmente, o pluriemprego poderá proporcionar ao profissional de enfermagem não só novas fontes de realização profissional, mas também melhorias ao nível dos rendimentos monetários o que poderá contribuir para o seu bem-estar e satisfação e justificar a correlação negativa encontrada entre *Burnout* e grau de satisfação laboral.

No que se refere à Hipótese 2 (existirá uma correlação negativa do *Burnout* com a Inteligência Emocional, Auto-Actualização e Expectativas) verificamos que os resultados confirmam esta hipótese excepto no que se refere à Inteligência Emocional. Assim, os sujeitos com menores níveis de *Burnout* afiguram-se mais Auto-actualizados. Este facto poderá estar relacionado com a dimensão realização pessoal do *Burnout* traduzir, de grosso modo, uma das necessidades que motiva o sujeito a procurar estabelecer e alcançar objectivos pessoais em diversas áreas da sua vida. Apesar destas evidências empíricas,

esta relação afigura-se mais complexa na medida em que nos parece que existem variáveis mediadoras que possam influenciar esta correlação. Este facto poderá de alguma maneira ajudar à compreensão dos licenciados como os sujeitos mais exaustos mas também mais auto-actualizados. No que se refere à relação entre *Burnout* e Inteligência Emocional, não foi possível constatar se os sujeitos com menores níveis de *Burnout* apresentavam mais competências emocionais. Esta hipótese foi formulada tendo em conta que a Inteligência Emocional compreende competências que nos parecem muito importantes para o dia-a-dia do enfermeiro em contexto psiquiátrico. Destas, sublinhamos a importância que a empatia adquire no seio de uma relação terapêutica com o utente, a gestão de emoções (de si e do utente) e a gestão de relacionamentos em grupo em enfermarias repletas de utentes exigentes a diversos níveis e com comportamentos imprevisíveis. Os resultados encontrados tendo em conta estas duas variáveis permitem apenas a constatação de que os indivíduos com mais *Burnout* são os menos automotivados. Este resultado explica-se devido às consequências desta síndrome para os sujeitos, das quais se destacam algumas apresentadas por Alvarez e colaboradores (1993, *in* Queirós, 2005) tais como a falta de energia e entusiasmo, diminuição de interesse pelos utentes e desenvolvimento de frustração face ao carácter severo e crónico dos utentes. Além disso, o *Burnout* correlaciona-se negativamente com a competência de gestão de relacionamentos em grupo, dificuldades que poderão ser compreendidas tendo em conta que os relacionamentos interpessoais requerem uma disponibilidade emocional que poderá estar comprometida nos indivíduos mais exaustos. Não foram encontrados estudos que relacionem estas duas variáveis em amostras de enfermeiros psiquiátricos. Contudo, o estudo de Limonero e colaboradores (2004) encontrou uma correlação negativa entre stress e as dimensões compreensão e regulação emocional numa amostra de enfermeiros. Por último, verificamos a existência de uma correlação negativa entre *Burnout* e expectativas, ou seja, os sujeitos que apresentam menos *Burnout* são os que parecem estabelecer expectativas menores, ou mais ajustadas à sua situação laboral. Estes resultados vão de encontro às teorias de Meier (1983) e Schaufeli (2006) acerca do *Burnout* e que preconizam que a conceptualização de uma realidade laboral idealizada e a percepção de inequidade poderão ser determinantes na emergência de *Burnout*. Os nossos estudos apontam no sentido de outros (Jimenez & Puente 1999, *in* Oliveira & Prista-Guerra, 2004; Oliveira & Guerra, 2004) que também reflectem que as expectativas poderão ser uma importante variável mediadora de *Burnout*. O nosso estudo permite confirmar apenas parcialmente a nossa hipótese uma vez que apesar da relação entre o *Burnout*, Auto-Actualização e Expectativas ser a esperada, não se verifica a mesma associação no que diz respeito à Inteligência Emocional.

Os resultados encontrados no nosso estudo permitem confirmar a Hipótese 3 (Existirá uma correlação positiva entre Inteligência Emocional, Auto-Actualização e ajustamento das Expectativas). Assim o nosso estudo parece indicar que os sujeitos com mais competências emocionais são os mais actualizados, e que os mais actualizados têm expectativas mais ajustadas. Apesar da correlação não ser significativa entre a Inteligência Emocional e as Expectativas, é positiva. Estes resultados podem ser compreendidos se entendermos que são constructos que se relacionam na medida em que a Auto-Actualização é, também, uma supressão de necessidades a diversos níveis. Como tal, se os seres humanos vêm as suas necessidades, de diferentes níveis, satisfeitas, têm em primeiro lugar que percepciona-las em si próprios o que remete para a noção de autoconsciência. A gestão de emoções e a auto-motivação parecem ser bastante importantes ao nível da avaliação das alternativas e no planeamento da acção para a concretização de objectivos. Realçamos que para Bar-On (2009), a Auto-Actualização é uma dimensão da Inteligência Emocional. Apesar de usarmos uma escala que se apoia na teoria de Goleman, é natural que os dois constructos apresentem algumas semelhanças, apesar de se constituírem instrumentos de medida diferentes.

Por fim, a Hipótese 4 (existirá uma correlação positiva entre *Burnout* e sintomatologia de stress) foi verificada, pois encontramos uma correlação positiva entre *Burnout* e sintomatologia associada ao stress, ou seja, os sujeitos com maiores níveis de *Burnout* são aqueles em que a sintomatologia comportamental e física associada ao stress são mais proeminentes. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por (Oliveira & Prista-Guerra (2004) e confirmam que o *Burnout* é o resultado da exposição prolongada a situações desencadeadoras de stress, tendo consequências físicas e comportamentais.

Tendo terminada a parte empírica do trabalho, apresentamos seguidamente as conclusões.

CONCLUSÕES

O exercício de uma actividade laboral constitui-se como uma importante dimensão da vida do ser humano. Se por um lado permite obter benefícios económicos que garantem a sobrevivência e determinam a qualidade de vida, por outro definem a existência do indivíduo, na medida em que o contexto laboral permite desempenhar e desenvolver competências, obter estatuto social, proporciona o aparecimento de redes de suporte e, sobretudo é fonte de auto-estima e realização pessoal (Vaz-Serra, 1999). Debruçarmo-nos sobre a actividade laboral do ser humano é tão importante como debruçarmo-nos sobre todas as outras áreas da sua vida tais como a esfera familiar e a afectivo-relacional. Em todas elas, o ser humano é alvo de provações e dificuldades, e, todas sem excepção, interagem entre si e com o próprio sujeito provocando-lhe ora dor, ora prazer. Nesta lógica, facilmente nos deparamos com esta dualidade no mundo laboral do ser humano. Se assim o é, a actividade laboral não só é palco de acontecimentos positivos que influenciam o sujeito mas também, muitas vezes fonte de adversidades que submetem o ser humano a dificuldades e situações que lhe causam mal-estar e sofrimento. Tendo em conta que grande parte na nossa vida é passada a trabalhar, é importante reflectir nas condições laborais dos postos de trabalho e nos constrangimentos organizacionais que, algumas vezes, impõem situações às quais o trabalhador não consegue responder. A incapacidade de resposta dos trabalhadores às tarefas laborais, independentemente da natureza do pedido, é um factor desencadeador de stress laboral. O *Burnout* surge, assim, no seio da exposição a factores percebidos como stressantes e constitui-se como um fenómeno com consequências graves para o indivíduo e para a organização. Desta forma, o estudo do fenómeno torna-se necessário pois elucida acerca da sua natureza e características e proporciona importantes ferramentas para a intervenção organizacional quer ao nível preventivo, que ao nível remediativo.

Neste estudo tentamos conhecer as relações existentes entre o *Burnout*, a Inteligência Emocional, as Expectativas profissionais e a Auto-Actualização de enfermeiros psiquiátricos. Os resultados mais importantes permitiram-nos constatar que a amostra de enfermeiros psiquiátricos apresentou níveis baixos de *Burnout*, níveis de Inteligência Emocional dentro da média da população em geral e níveis de Auto-Actualização moderadamente altos. Esta amostra demonstrou também ter um elevado grau de satisfação e realização pessoal, estando metade dos inquiridos em situação de pluriemprego. Apresentou ainda um nível moderado de expectativas e poucos sintomas de stress.

A análise comparativa entre diferentes grupos de enfermeiros, efectuada com base nas variáveis sociodemográficas, permitiu-nos confirmar a existência de uma relação entre *Burnout*, sexo, habilitações literárias e existência de filhos, sendo as mulheres, os

licenciados e os sujeitos com filhos os que apresentam maiores níveis de *Burnout*. No que diz respeito à relação que estas variáveis estabelecem com a Inteligência Emocional, não foi possível encontrar dados que demonstrem que esta é influenciada pelas variáveis sócio-demográficas, apesar de ter sido encontrado que os sujeitos com filhos apresentam maior competências de gestão de relacionamentos em grupo. No que se refere à Auto-Actualização, só se relaciona com o grau de habilitações literárias tendo os licenciados maior nível de Auto-Actualização. Tendo em conta as Expectativas, verificamos que os sujeitos que manifestam vontade em sair da instituição apresentam maiores expectativas profissionais. Relativamente aos sintomas de stress, as enfermeiras do sexo feminino apresentam mais sintomas gerais e os licenciados e os sujeitos com vontade de mudar de instituição apresentam mais sintomas comportamentais .

As análises correlacionais entre as diferentes variáveis permitiram-nos encontrar uma correlação negativa do *Burnout* com a Auto-Actualização e Expectativas, bem como com o grau de satisfação laboral. Contudo, não confirmou parte da nossa hipótese, pois não foi possível encontrar dados que permitam verificar a existência de correlação negativa entre *Burnout* e Inteligência, uma vez que apesar de termos encontrados valores que confirmam esta tendência, não apresentam significância estatística. O nosso estudo permitiu verificar a existência de uma correlação positiva entre Inteligência Emocional e Auto-Actualização e entre *Burnout* e sintomatologia de Stress.

Apesar de os resultados encontrados terem possibilitado atingir o objectivo a que nos propusemos, devem, contudo, ser apontadas algumas limitações ao nosso estudo. Assim, a adesão ao preenchimento e a devolução de pouco mais de metade dos questionários entregues diminuiu consideravelmente o número de sujeitos inicialmente estimados para a realização deste estudo. O facto de muitos enfermeiros não terem preenchido o questionário poderá dever-se, em grande parte, à extensão do instrumento e ao dispêndio de tempo que o seu preenchimento exigia. Ainda ao nível do procedimento de recolha de dados, verificamos que duas instituições entregaram-nos os questionários em envelopes abertos (apesar de termos solicitado o fecho de cada envelope), parecendo-nos que este facto possa ter violado o sigilo e a confidencialidade dos profissionais e, consequentemente pode ter propiciado o aparecimento de respostas com maior desejabilidade social. O facto de as instituições pertencerem à mesma região do país constitui uma limitação, na medida em que restringe as respostas obtidas a uma região demográfica que poderá introduzir viés derivado da cultura e características da região. Associado a estas limitações, surge uma outra que se prende com o tamanho da amostra de enfermeiros psiquiátricos. A realização deste trabalho com uma amostra considerada pequena e não representativa poderá justificar as dificuldades em encontrar dados com significância estatística ao nível da análise

comparativa e correlações apenas moderadas. Uma outra limitação refere-se aos constrangimentos relacionados com a literatura encontrada, pois há escassez de literatura que permita compreender mais aprofundadamente a relação que o *Burnout* estabelece com a Inteligência Emocional em amostras de enfermeiros psiquiátricos. Assim, na contextualização teórica e na interpretação dos resultados obtidos acerca desta relação socorremo-nos de literatura que abordava conceitos e relações aproximadas aos que pretendíamos estudar, como por exemplo o stress. Por fim, numa das instituições, houve, há alguns anos atrás, uma recolha de dados sobre *Burnout* e inicialmente tentamos comparar os nossos resultados com esse estudo. Contudo, a demora na devolução dos questionários e a fraca adesão, inviabilizaram a nossa pretensão.

No futuro, gostaríamos de replicar o nosso estudo, ou então parte dele, numa amostra com maior número de participantes para que melhor sejam compreendidas as comparações e correlações encontradas e se possa garantir a representatividade da amostra e extrapolar dados que possam ser generalizados para a classe dos enfermeiros psiquiátricos. Tendo em conta a actual a contextualização económica e financeira do país, o frequente estabelecimento de vínculos laborais inseguros e a talvez consequente, crescente tendência ao pluriemprego na classe de enfermagem, pensamos que seria importante conhecer melhor os motivos que justificam a escolha de uma situação profissional que acresce a carga horária e exigências laborais bem como inquirir acerca da satisfação laboral que decorre dos locais de trabalho alternativos às instituições psiquiátricas. Além disso, as inúmeras publicações sobre *Burnout* sugerem que a investigação se começa a debruçar acerca de um novo conceito que lhe surge associado – o *Engagement* (Schaufeli & Buunk, 2003). Assim, partido do pressuposto de Maslach e Leiter (1997) de que o *Burnout* e o *Engagement* se situam no mesmo continuum de bem-estar, seria interessante estudar se a nossa amostra não se encontra em *Engagement*, tendo em conta os baixos níveis de *Burnout* que apresentou e os elevados níveis de satisfação laboral e realização pessoal. Poderíamos então num estudo futuro tentar compreender se, ao contrário do esperado, os enfermeiros psiquiátricos não constituem uma classe com “um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho e caracterizado por vigor, dedicação e absorção” (Marques-Pinto&Chambel, 2008, p.23).

Em síntese, com a realização deste trabalho pretendíamos aumentar o conhecimento acerca das relações entre *Burnout*, Inteligência Emocional e Auto Atualização na classe de enfermeiros psiquiátricos. Esta investigação parecia-nos pertinente uma vez que poderia constituir-se como mais um contributo para a prática da nossa amostra nas suas instituições. Acreditamos que tendo em conta os resultados obtidos, especialmente ao nível da Inteligência Emocional seria importante que as instituições incentivassem os seus

profissionais a participar em formações que pudesse desenvolver as potencialidades relacionadas com os relacionamentos interpessoais e com as competências comunicacionais. Apesar de alguns estudos (Costa, 2009; Silva Costa, 2008) sugerirem que a frequência de formações de competências emocionais parecem não apresentar diferenças entre enfermeiros com formações e sem formações, parece-nos importante que os dispositivos organizacionais continuem a valorizar este tipo de investimentos e a propiciar aos seus funcionários oportunidades de reflexão sobre a prática que lhes permitam desenvolver as suas potencialidades emocionais e utilizar as suas capacidades de Auto-Actualização, constituindo estas importantes ferramentas no ofício do cuidar.

BIBLIOGRAFIA

- Agra, C. (1990). Sujet autopoïétique et transgression. In P. Mardaga (Ed.) *Acteur social et délinquance - une grille de lecture du système de justice pénale* (pp. 415-426). Liège: Pierre Mardaga.
- Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2004). Emotional Intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 164-170.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Bakker, A., Van Der Zee, K. & Dollard, M. (2006). The relationships between the Big Five Personality Factors and *Burnout*: a study among Volunteer Counsellors. *The Journal of Social Psychology*, 146 (1), 31-50.
- Bar-On, R. (2001). Emotional intelligence and self-actualization. In J. Ciarrochi, J. Forgas & J.D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry* (pp.82-97). New York: Psychology Press.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bar-On, R. (2009). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. In <http://www.reuvenbaron.org/> acedido em Maio 2009.
- Branco, M.A.V. (2000). *Competência Emocional do professor, dos constructos teóricos à realidade percebida*. Dissertação de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Branco, M.A.V. (2004). *Competência Emocional: um estudo com Professores*. Coimbra: Quarteto.
- Budnik, M. (2004). Emotional Intelligence and *Burnout*: Influence on the intent of staff nurses to live nursing. *Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engineering*, 59 (9-B), 4729.
- Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 18 (2), 167-175.
- Cadman, C. & Brewer, J., (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, 321-324.
- Carson, J., Maal, S., Roche, S., Fagin, L., Villiers, N., O'Malley, P., Brown, D., Leary, J. & Holloway, F. (1999). *Burnout* in mental health nurses: much ado about nothing? *Stress Medicine*, 15, 127-134.
- Cartwright, S. & Cooper, C. (1997). *Managing Workplace Stress*. London: Sage.
- Castro e Silva, M. (2008). Formação e assistência de saúde mental no século XIX e XX, no Hospital Conde Ferreira. Cultura Escolar Migrações e Cidadania, *Actas do VII Congresso LUSOBRASILEIRO de História da Educação*, 20-23 Junho. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Cherniss, C. (2000). Emotional Intelligence: what it is and why it matters? Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, In http://www.eiconsortium.org/pdf/what_is_emotional_intelligence.pdf acedido em Maio 2009.

- Churro, P. (2006). *A satisfação profissional e a síndrome do Burnout: estudo entre as brigadas Anti-Crime (BAC) e as brigadas e Investigação Criminal (BIC)*. Dissertação de Mestrado em Comportamentos Desviantes e Ciências Criminais. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Cipriano, J. (2004). *Burnout and emotional intelligence: a consultation model for emotional competency training. Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engeneering*, 65 (5-B), 2616.
- Classificação Nacional das Profissões (sem data). *Informações*. In <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx> acedido em Maio de 2009.
- Correia, A. (1997). *Burnout nos profissionais dos centros de atendimento de toxicodependentes: causas e consequências. Toxicodependências*, 5 (3), 69-79.
- Correia, A. (1999). *O Burnout nos profissionais dos centros de atendimento de toxicodependentes: causas e consequências*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Costa, A. (2008). *A Inteligência Emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Curci, L. (1996). *Burnout in nurses: the effect of specific coping mechanisms. Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engineering*, 57 (2-B), 1487.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Del Cura, M. & Rodrigues, A. (1999). *Satisfação profissional do enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (4), 21-28.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.
- Dierendonck, D., Schaufeli, W. & Buunk, B. (1996). *Inequity Among Human Services Professionals: Measurement and Relation to Burnout. Basic and Applied Psychology*, 18 (4) 429-451.
- Dierendonck, D., Schaufeli, W. & Buunk, B. (1998). *The evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of inequity and Social Support. Journal of Applied Psychology*, 83 (3), 392-407.
- Domingues, R. (2009). *Inteligência Emocional, empatia e satisfação do trabalho em médicos*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Ford, G. & Procidano, M. (1990). *The relationship of self-actualization to social support, life stress and adjustment. Social Behaviour and Personality*, 18 (1), 41-51.
- Freudenberg, H. (1974). *Staff burn-out. Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudengerger, H. (1975). *The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12 (1), 73-82.
- Gerits, L., Derksen, J., Verbruggen, A. & Katzko, M. (2004). *Emotional Intelligence profiles of nurses caring for people with severe behavior problems. Personality and Individual Differences*, 38 (1), 33-43.

- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 3-10.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Piramide.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates (12ªed.).
- Humpel, N., Caputi, P. & Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 55-60.
- Innstrand, S.T., Espnes, G.A. & Mykletun, R. (2004). Job Stress, *Burnout* and Job Satisfaction: An Intervention Study for Staff Working with people with Intellectual Disabilities, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 119-126.
- Kilfedder, C., Power, K. & Wells, J. (2001). *Burnout* in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34 (3), 383-386.
- Levert, T., Lucas, M. & Orllepp, K. (2000). *Burnout* in psychiatric nurses: contributions of the work environment and a sense of coherence. *South African Journal of Psychology*, 30 (2), 36-41.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernandez-Castro, J. & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la *Inteligência Emocional* percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 29-41.
- Lyons, J. & Schneider, T. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and individual differences*, 39 (4), 693-703.
- Lyusin, D.B. (2006). Emotional Intelligence as a mixed construct. *Journal of Russian and East European Psychology*, 44 (6), 54-68.
- Mahoney, J. (1999). The relationship of power and actualization to job satisfaction in female home health care nurses. *Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engeneering*, 59 (9-B), 4729.
- Mann, S. & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 154-162.
- Marques Pinto, A. & Chambel, M. (2008). Abordagens Teóricas no Estudo do *Burnout* e do Engagement. In A. Marques Pinto & M. Chambel (Eds.) *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional: Estudos com Amostras Portuguesas* (pp. 53-83). Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques-Teixeira, J. (2002). *Burnout* ou a Síndrome de exaustão. *Saúde Mental*, IV, 8-19.
- Martins, G., Cunha, S. & Coelho, R. (2005). A Auto-Atualização como motivação para a aceitação da doença. *Revista Portuguesa de Psicosomática*, 7 (1/2), 115-123.
- Maslach C. (1998). A multidimensional theory of *Burnout*. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68–85). Oxford: Oxford Univ. Press.

- Maslach, C. (2006). Understanding Job *Burnout*. In A. M. Rossi, P. L. Perrewe & S. L. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: Current perspectives in Occupational Health* (pp. 37-51). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Maslach C. & Schaufeli, W. (1993). Historical and Conceptual Development of *Burnout*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. (pp. 1-16). New York: Taylor & Francis.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional Intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15 (3), 197-215.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1 (3), 232-242.
- Mendes, M. (2005). *Emoções no contexto de policiamento: medo, exaustão emocional e procura de sensações, um estudo comparativo na PSP do Porto*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: F.D.U.P.
- Melchior, M.E.W., Bours, G. J., Schmitz, P. & Wittich, Y. (1997). *Burnout* in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 193-201.
- Neto, M. (2006). *Representações do Cuidar em Enfermagem – Uma visão de professores e alunos*. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nikolaou, I. & Tsaousis, I. (2002). Emotional Intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10 (4), 327-342.
- Oliveira, M.(2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Oliveira. M. & Prista-Guerra, M. (2004) *Burnout* nos profissionais de saúde mental: Expectativas, Auto-Actualização e outras variáveis associadas. *Saúde Mental*, VI (1), 15-25.
- Ordem dos Enfermeiros (sem data). *Informações*. In www.ordemenfermeiros.pt, acedido em Maio de 2009.
- Parreira, P. (1998). *Contacto com a morte e síndrome de Burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pines, A. & Aronson, E. (1981). *Career Burnout: Causes & Cures*. New York: The Free Press.

- Pines, A. & Keinan, G., (2005). Stress and *Burnout*: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39 (3), 625-635.
- Prista-Guerra, M. (1992). Conceito de Auto-Atualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Prista-Guerra, M. (1994). *Seropositividade a auto-organização psicológica: o modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da Sida*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Prosser, D., Johson, S., Kuipers, E., Dunne, G., Szmukler, G., Reid, Y., Bebbington, P. & Thornicroft, G. (1999). Mental Health, Burnout and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (6), 295-300.
- Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros Portugueses*. Coimbra: Sinais Vitais.
- Ribeiro, J.L.P (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, R. & Schneider, J. (1999). A Enfermagem na Assistência ao Indivíduo em Sofrimento. *Revista latino americana de enfermagem*, 7 (3), 33-40.
- Schaufeli W. (1999). *Burnout*. In J. Firth-Cozens & R. Payne (Eds.) *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions* (pp.17-32). Chichester: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W. (2006). The balance of give and take: Toward a social exchange model of *Burnout*. *The International Review of Social Psychology*, 19, 87-131.
- Schaufeli, W. & Buunk, B. (1996). Professional *Burnout*. In M. Schabracq & C. L. Cooper (Eds.) *Handbook of work and health psychology* (pp.311-346). Chichester: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W. & Buunk, B.P. (2003). *Burnout*: An Overview of 25 years of Research and Theorizing. In M.J. Schabracq & C.L. Cooper (Eds) *Handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). New York: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W., Dierendonck, D. & Gorp, K. (1996). *Burnout* and reciprocity: towards a dual-level social exchange model. *Work & Stress*, 10 (3), 225-237.
- Schaufeli, W., González-Romá, V., Peiró, J., Geurts, S. & Tomás, I. (2005). Withdrawl and *Burnout* in Healthcare: on the mediating role of inequity. In C. Korunka & P. Hoffmann (Eds.) *Change and Quality in Human Service Work* (pp. 205-226). Munchen: Hampp Publishers.
- Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Silva Costa, M., (2008). *Competência Emocional no contexto de saúde: estudo exploratório com enfermeiros e voluntários*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Spielberger, C. (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Oxford: Academic Press.
- Stamps, P. (1978). Nurses Satisfaction with their work situation. *Nursing research*, 27, 114-120.
- Vaz-Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Vieira, A.M.C. (2005). *Personalidade e Satisfação com o trabalho em agentes da PSP*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: F.D.U.P.
- Vilela, A.C.L.(2006). *Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública (área de Gestão de Pessoas). Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas.
- Vlerick, P. (2001). Personality correlates of *Burnout*: A Cross-Validation study. In J. Jonge, P. Vlerick, A. Büssing & W. Schaufeli (Eds.) *Organizational Psychology and health care at the start of a new millennium* (pp. 139-155). Munich: Rainer Hampp Verlag.
- You, J., Lee, S. & Lee, H. (1998). The influence of ones individuals emotional characteristics on work-related *Burnout* experience: the emotional intelligence as a mediator to experience *Burnout* feelings. *Korean Journal of Industrial & Organizational Psychology*, 11 (1), 23-52.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R.D. (2004). Emotional Intelligence in the workplace: a critical review. *Applied Psychology: an International Review*, 53 (3) 371-399.

ANEXO
APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO¹

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito do Seminário/Mestrado em Psicologia da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

É confidencial e não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma folha, nem assinar o questionário. Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____

2. Sexo: ☐ Masculino

☐ Feminino

3. Estado civil: ☐ Solteiro

☐ Casado ou em união de facto

☐ Divorciado, separado ou viúvo

4. Tem filhos? ☐ Sim

☐ Não

5. Habilitações: ☐ Bacharelato. Curso: _____

☐ Licenciatura. Curso: _____

6. Há quantos anos exerce esta profissão? _____

¹ Ana Isabel Forte (2008) F.P.C.E.U.P.

7. No seu trabalho exerce funções de chefia: ☐ Sim ☐ Não

8. Relativamente à sua situação nesta instituição:

8.1. Tipo de vínculo: ☐ Quadro da Função Pública ☐ Contrato individual de trabalho a termo certo ☐ Contrato individual de trabalho sem termo (efectivo)

8.2. Está em situação de pluri-emprego? ☐ Sim. Em que áreas? _____ ☐ Não

8.3. Em média quantas horas trabalha por dia nesta instituição? _____

8.4. Em média quantas horas trabalha por semana (considerando todas as instituições onde trabalha)? _____

8.5. Se pudesse mudaria de instituição de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

	Raramente	1 dia	Uma semana	15 dias	Mais de 15 dias
8.6. Por mês ausenta-se do trabalho:					

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
8.7. Grau de satisfação com o seu trabalho nesta instituição:					

8.8. Algumas das dificuldades que sente no seu trabalho devem-se às seguintes causas:

<input type="checkbox"/> Recursos físicos insuficientes	<input type="checkbox"/> Recursos materiais insuficientes ou desadequados
<input type="checkbox"/> Necessidade de um maior número de profissionais	<input type="checkbox"/> Dispêndio de tempo na resolução de problemas burocráticos
<input type="checkbox"/> Acumular de funções	<input type="checkbox"/> Outras: _____

9. Com que frequência consome as seguintes substâncias?	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Todos os dias
Medicamentos					
Álcool					
Drogas					

10. Sente que se tem afastado ou entrado em conflito com:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Todos os dias
Família					
Amigos					
Colegas de trabalho					

Grupo II²

Leia atentamente as afirmações seguintes e assinale com uma cruz a que corresponde à sua opinião:

1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido/a por sentimentos desagradáveis:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que estes sentimentos me invadem							
b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino pensando nos pormenores que me fizeram sentir mal							
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento							
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por exemplo, se é raiva, ódio, desprezo...consigo defini-los							
e) Independentemente dos sentimentos que me invadem, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites							
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los							
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos							
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir e consigo verbaliza-lo; por exemplo suor, rubor, dificuldade em respirar, etc							
i) Outra:							

2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Altera-se a minha capacidade de atenção							
b) Diminui o meu nível de raciocínio							
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo, eufórico...							
d) Fico mentalmente retido/a nesses sentimentos durante muito tempo							
e) Outra:							

² E.I.E.E. adaptado de A.C.Vilela (2006) e de A.Veiga Branco (2000)

3. Reconheço que tenho tendência a actuar como uma pessoa:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Instável, com várias mudanças de humor							
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta							
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.							
d) Positiva, encaro a vida pela positiva							
e) Ruminativa, sempre a “matutar”							
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias							
g) Azarada, não tenho sorte na vida							
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões							
i) Outra:							

4. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno/a, tomo normalmente uma atitude:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria							
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração							
c) Fiquei sozinho a “arrefecer” simplesmente							
d) Fiz exercício físico activo (aeróbio)							
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira							
f) Olhei para a situação/facto de outro prisma, reavaliei a causa da ira							
g) Outra:							

5. Quando, no quotidiano, sou invadido/a por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera) normalmente:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo/a							
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram							
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação antes de me deixar invadir pela fúria							
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar e tento partir para um raciocínio positivo							
e) Outra:							

6. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite							
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer							
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles é uma maneira de aprender a lidar com eles							
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível							
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa							
f) Outra:							

7. Quando me sinto em depressão, verifico que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes							
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso							
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada							
d) Outra:							

8. Reconheço-me como uma pessoa:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar							
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio							
c) Que quando esta de mau humor, só o assolam recordações negativas							
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal)							
e) Derrotista (não tem sorte na vida)							
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração							
g) Capaz de sair de qualquer sarilho							
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas							
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis							
j) Outra:							

9. Imagine uma actividade profissional (tratar/atender um doente). Durante a actividade, normalmente sinto que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia							
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam							
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas							
d) Sou assaltado por pensamentos (“Será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?”)							
e) Experimentando sensações de prazer (gozo pessoal)							
f) Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem							
g) Quanto mais criativo é o trabalho mais me absorve							
h) Outra:							

10. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional) sinto que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Penso no facto e rumino a humilhação							
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora							
c) Invade-me a auto-piedade							
d) Invade-me o desprezo, o rancor							
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim							
f) Outra:							

11. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação que sou capaz de:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) “Registar”/ perceber os sentimentos dos outros							
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras							
c) “Ler”os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc)							
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras							
e) Outra:							

12. Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe)							
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa							
c) O tom de voz							
d) A direcção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direcções)							
e) Os gestos (mãos, corpo)							
f) Outra:							

13. No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta de que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir							
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável							
c) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta							
d) Outra:							

14. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações sociais, pessoais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam, que:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir							
b) Ajusto-me emocionalmente aos sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim							
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos							
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos							
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo							
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções							
g) Nas minhas relações com os outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam							
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos							
i) Outra:							

15. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los							
b) Ter sensibilidade para reconhecer o que os outros estão a sentir							
c) Entrar em “sincronismo de estado de espírito”							
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa							
e) Preferir colocar-me frente a frente							
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.							
g) Outra:							

Grupo III³

As frases seguintes pretendem saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando com uma cruz a alternativa que mais se lhe aplica.

	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
1. Tenho interesse pela vida e faço planos					
2. A minha vida é vivida em vão					
3. Apesar das contingências procuro seguir um plano de vida coerente de vida interior					
4. Desenvolvo as potencialidades que tenho					
5. Sinto falta de uma missão na vida na qual me empenhe					
6. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer					
7. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa					
8. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores					
9. Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins, para atingir um objectivo					
10. Na minha profissão(ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado/a					
11. Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente					
12. Raramente descubro facetas novas, no relacionamento com as pessoas					

³ Q.A.A. de M. P Guerra (1992, 1994)

	Concordo muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
13. Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas					
14. Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas					
15. Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver					
16. Gosto de ordenar situações confusas					
17. Fico sempre indeciso/a na decisão a tomar, quando me dão uma opinião contrária à minha					
18. Fico perturbado/a quando sou criticado/a					
19. Considero-me uma pessoa relativamente dependente de aprovações exteriores.					
20. Tenho capacidade de resistir a pressões sociais					
21. Considero-me uma pessoa influenciável					
22. Em geral, preciso que os outros aproveem os meus planos					
23. Quando me surge um problema de certa importância, só consigo resolve-lo com o auxílio dos outros					
24. Sou responsável por mim próprio					
25. Normalmente luto pelos ideais que considero válidos					
26. Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim					
27. Identifico-me com a espécie humana					
28. Tenho uma percepção imprecisa e irreal do mundo que me rodeia					
29. O Homem é por natureza mau					
30 Toda a vida humana tem um significado no Universo					
31. As atitudes e os valores democráticos são importantes					
32. Acredito em alguma forma de espiritualidade					
33.A finitude da vida, apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida					

Grupo IV⁴

Leia atentamente as seguintes frases e tente responder o mais verdadeiramente possível, assinalando com uma cruz a resposta que para si lhe parece mais adequada.

	Discordo muito	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo muito
1. Sei que posso contar sempre com a colaboração e apoio dos outros profissionais					
2. Penso que os outros profissionais sabem que podem contar sempre comigo					
3. Acredito que posso fazer muito pelo bem-estar dos utentes					
4. Acredito que os utentes sabem que podem contar com o meu profissionalismo					
5. Acredito que os familiares dos doentes sabem que tento fazer o melhor					
6. Penso que ainda posso fazer muito pelo bom funcionamento do hospital					
7. Acredito que o trabalho no hospital ainda me pode vir a ser muito gratificante enquanto pessoa e enquanto profissional					
8. Penso poder vir a realizar novos projectos					
9. Todos os dias espero encontrar algo de novo					
10. Acredito que poderei ser criativo na resolução dos problemas diários					
11. Sinto motivação para desempenhar o meu trabalho					
12. Valorizo-me pelo trabalho que desempenho					
13. Acredito que o meu trabalho pode dar resposta aos meus desejos profissionais					
14. A preparação académica que tive foi, e é relevante para o trabalho que desempenho					

⁴ I.E. adaptado de M. Oliveira & M. Prista-Guerra (2004)

Grupo V⁵

Por favor responda a todos os itens da escala assinalando com uma cruz a resposta que melhor representa o modo como experiencia os seguintes sintomas.

	Nunca ou raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Constante irritabilidade para com as pessoas				
2. Dificuldade em tomar decisões				
3. Perda do sentido de humor				
4. Raiva reprimida				
5. Dificuldades de concentração				
6. Incapacidade de acabar uma tarefa antes de começar outra				
7. Sentir-se alvo da animosidade dos outros				
8. Incapacidade de lidar com as situações				
9. Vontade de chorar até com pequenos problemas				
10. Falta de interesse por fazer coisas depois de vir do trabalho				
11. Acordar cansado após uma noite de descanso				
12. Cansaço constante				
1. Perda de apetite				
2. Exacerbação do apetite quando está sob pressão				
3. Indigestão e azia				
4. Obstipação ou diarreia				
5. Insónia				
6. Tendência para suar sem razão				
7. Tiques nervosos e roer as unhas				
8. Dores de cabeça				
9. Caimbrãs e espasmos musculares				
10. Náuseas				
11. Respiração ofegante (sem fazer esforço)				
12. Ameaças de desmaio				
13. Impotência ou frigidez				
14. Eczemas				

⁵ I.S.C.F.S. de Cartwright e Cooper, adaptado de M. Oliveira & M. Prista-Guerra (2004)

Grupo VI⁶

Nesta folha encontram-se afirmações sobre sentimentos relativos ao seu trabalho. Assinale com uma cruz a opção que melhor reflecte o que sente em relação ao seu trabalho.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. No meu trabalho não sinto emoções							
2. Sinto-me fatigado/a no fim de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado/a quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar							
4. Compreendo facilmente o que sentem os doentes							
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos pessoais							
6. Trabalhar com pessoas todos os dias causa-me stress							
7. Lido eficazmente com os problemas dos doentes							
8. O meu trabalho deixa-me exausto/a							
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas das outras pessoas							
10. Sinto-me indiferente para as pessoas por causa do meu trabalho							
11. Estou preocupado porque este serviço tornou-me emocionalmente mais duro/a							
12. Sinto-me muito enérgico/a							
13. Sinto-me frustrado/a no serviço							
14. Sinto que estou a trabalhar muito							
15. Não quero saber o que vai acontecer a alguns doentes							
16. Trabalhar directamente com pessoas causa-me muito stress							
17. Consigo criar facilmente um ambiente relaxado com os doentes							
18. Sinto-me alegre depois de estar com os doentes.							
19.No meu trabalho consigo fazer coisas com valor							
20. Sinto-me à “beira do abismo”							
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas							

⁶ M.B.I. de Maslach, adaptado de M. Oliveira & M. Prista-Guerra (2004)